

Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LIX

MARZO-ABRIL 1985

NUMS. 3-4

Tratamiento antimicrobiano de las infecciones intestinales.
LOPEZ BREA M.

Epidemiología del síndrome de Down en España. I. Edad materna. Aplicación de los resultados en programas sanitarios de prevención primaria.
MARTINEZ FRIAS M.L. y SALVADOR PERAL J.

Mortalidad por tumor maligno del intestino delgado. Estudio epidemiológico. Período 1951-1978.
TORRES MARTIN C.; LOPEZ CASARES R.; ZARAZAGA ESCRIBANO C. y DOMINGUEZ CARMONA M.

La meningitis meningocócica en Guipúzcoa durante los años 1973-1982.
BARRANQUERO M.; GORRITXO B. y GOIRENA DE GANDARIAS J.

Estudio comparativo de la flora bacteriana aerobia, indicadora de contaminación, de embalses del río Lozoya.
ALONSO-PASTOR DEL COSO F. y RODRIGUEZ DE LECEA J.

Epidemiología del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Oviedo.
BOBES GARCIA J.; BOUSOÑO GARCIA M.; HERNANDEZ MEJIA R. y MILLAN GONZALEZ J.

Epidemiología de la infección meningocócica en la provincia de Sevilla (1962-63 a 1981-82)
BLASCO HUELVA P.M. y GARCIA SERNA D.

Estudio médico social de casos asistidos por abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas
SARRIA AMIGOT J.; ARRIBAS LLORENTE J.L.; SARASA CONCELLON J.; MUNIESA CUENCA M.P.; GARCIA MATA J.R.; PASTOR EIXARCH S. y ALDANONDO M.P.

Estudio epidemiológico del reumatismo cardiovascular en España y en la provincia de Valencia
SANCHEZ BUENAVENTURA J.; SABATER PONS A.; MUSTIELES BLASCO M.L. y SANCHO CASTAÑO M.C.

Conclusiones de las Jornadas de Trabajo sobre Sexualidad, Barcelona 17-20 abril 1985.

Reuniones y Congresos.

Becas.

O.M.S.—Prevención de la osteoporosis

O.M.S.—Grupos de apoyo a madres lactantes

PRENSA • LIBROS • REVISTA DE REVISTAS



Boletín técnico de la Dirección General
de Salud Pública



Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LIX

MARZO-ABRIL 1985

NUMS. 3-4



Boletín técnico de la Dirección General
de Salud Pública

Revista de Sanidad e Higiene Pública

Dirección General de Salud Pública

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo: Don Ernest Lluch Martín.
Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad y Consumo: Don Carlos Hernández Gil.
Ilmo. Sr. Secretario General Técnico: D. Josep Artigas Candela.
Ilmo. Sr. Director General de Planificación Sanitaria: D. Eduardo Vigil Martín.
Ilmo. Sr. Director General de Ordenación Farmacéutica: D. Félix Lobo Aleu.
Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública: D. Miguel Angel de la Cal López.

CONSEJO DE REDACCION

PRESIDENTE

Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública: D. Miguel Angel de la Cal López.

VOCALES

Ilmo. Sr. Subdirector General de Programas y Promoción de la Salud: D. Juan B. Mateos Jiménez.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Veterinaria de Salud Pública y Sanidad Ambiental: D. Justo Nombela Maqueda.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Higiene de los Alimentos: D. Roberto Conty Larranz.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Vigilancia Epidemiológica: D. Jesús Fuente Salvador.
Ilmo. Sr. Subdirector General de Registro General Sanitario de Alimentos: D. Benjamín Sánchez Fernández-Murias.
Ilmo. Sr. Director de la Escuela Nacional de Sanidad: D. Fernando Ruiz Falcó.
Ilmo. Sr. Director del Instituto Nacional de Oncología: D. Pedro Carda Aparici.
Ilmo. Sr. Director del Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias: D. Rafael Nájera Morondo.
Ilmo. Sr. Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas: D^a Eloisa Bernal Añino

SECRETARIO

Jefe de la Sección de Educación Sanitaria: D^a Pilar-Nájera Morondo.

•

Las órdenes de suscripción y el envío de artículos originales deben dirigirse a la Secretaria de la REVISTA, Subdirección General de Programas y Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Prado, 18-20 28014 MADRID

•

El Consejo de Redacción de esta REVISTA no se solidariza con el contenido de los artículos publicados, de los que responden sus autores.

ISSN: 0034-8899

Depósito Legal: M. 71 - 1958

IMPRESA GRAFICAS SOLANA

INDICE

	Páginas
<i>Tratamiento antimicrobiano de las infecciones intestinales.</i> LOPEZ BREA, M.	315-324
<i>Epidemiología del síndrome de Down en España. I. Edad materna. Aplicación de los resultados en programas sanitarios de prevención primaria.</i> MARTINEZ FRIAS M.L. y SALVADOR PERAL J.	325-336
<i>Mortalidad por tumor maligno del intestino delgado. Estudio epidemiológico. Período 1951-1978.</i> TORRES MARTIN, C.; LOPEZ CASARES, R. ZARAZAGA ESCRIBANO, C. y DOMINGUEZ CARMONA, M.	337-352
<i>La meningitis meningocócica en Guipúzcoa durante los años 1973-1982.</i> BARRANQUERO M.; GORRITXO B. y GOIRENA DE GANDARIAS J.	353-366
<i>Estudio comparativo de la flora bacteriana aerobia, indicadora de contaminación, de embalses del río Lozoya.</i> ALONSO-PASTOR DEL COSO, F. y RODRIGUEZ DE LECEA J.	367-380
<i>Epidemiología del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Oviedo.</i> BOBES GARCIA J.; BOUSOÑO GARCIA M. HERNANDEZ MEJIA R. y MILLAN GONZALEZ J.	381-394
<i>Epidemiología de la infección meningocócica en la provincia de Sevilla (1962-63 a 1981-82).</i> BLASCO HUELVA P.M. y GARCIA SERNA D.	395-416
<i>Estudio médico social de casos asistidos por abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas.</i> SARRIA AMIGOT J.; ARRIBAS LLORENTE J.L.; SARASA CONCELLON J.; MUNIESA CUENCA M.P.; GARCIA MATA J.R.; PASTOR EIXARCH S. y ALDANONDO M.P.	417-432
<i>Estudio epidemiológico del reumatismo cardiovascular en España y en la provincia de Valencia.</i> SANCHEZ BUENAVENTURA J.; SABATER PONS A.; MUSTIELES BLASCO M.L. y SANCHO CASTAÑO M.C.	433-472
<i>Conclusiones de las Jornadas de Trabajo sobre Sexualidad, Barcelona 17-20 abril 1985</i>	473-480
<i>Reuniones y Congresos</i>	481-488
<i>Becas</i>	489
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD:	
<i>Prevención de la osteoporosis</i>	491-492
<i>Grupos de apoyo a madres lactantes</i>	493-494
 Comunicados de prensa	 495-512
Libros	513-521
Revista de revistas	523-579

CONTENTS

	Páginas
<i>Antimicrobial treatment of intestinal infections.</i> LOPEZ BREA M.	315-324
<i>Epidemiology of Down's syndrome in Spain. I. Maternal age. Application of its results to the primary prevention programmes.</i> MARTINEZ FRIAS M.L. and SALVADOR PERAL J.	325-336
<i>Mortality due to malignant tumor of the small intestine. Epidemiological study. Period 1951-1978.</i> TORRES MARTIN C.; LOPEZ CASARES R.; ZARAZAGA ESCRIBANO C. and DOMINGUEZ CARMONA M.	337-352
<i>Meningococcal meningitis in Guipuzcoa during the years 1973-1982.</i> BARRANQUERO M.; GORRITXO B. and GOIRENA DE GANDARIAS J.	353-366
<i>Comparative study of the aerobic bacterial flora indicator of pollution, in the dams of the river Lozoya.</i> ALONSO - PASTOR DEL COSO F. and RODRIGUEZ DE LECEA J.	367-380
<i>Epidemiology of the alcohol and tobacco consumption in students of the University of Oviedo.</i> BOBES GARCIA J.; BOUSOÑO GARCIA M.; HERNANDEZ MEJIA R. and MILLAN GONZALEZ J.	381-394
<i>Epidemiology of meningococcal infection in the province of Sevilla (1962-63 to 1981-82).</i> BLASCO HUELVA P.M. and GARCIA SERNA D.	395-416
<i>Medico-social study of the cases cared for abuse of alcoholic beverages and another drugs.</i> SARRIA AMIGOT J.; ARRIBAS LLORENTE J.L.; SARASA CONCELLON J.; MUNIESA CUENCA M.P.; GARCIA MATA J.R.; PASTOR EIXARCH S. and ALDANONDO M.P.	417-432
<i>Epidemiological study of cardiovascular rheumatism in Spain and in the province of Valencia.</i> SANCHEZ BUENAVENTURA J.; SABATER PONS A.; MUSTIELES BLASCO M.L. and SANCHO CASTAÑO, M.C.	433-472
<i>Conclusions of the Workshop on Sexuality, Barcelona, 17-20 april 1985</i>	473-480
<i>Meetings and Congresses</i>	481-488
<i>Fellowships</i>	489
WORLD HEALTH ORGANIZATION:	
<i>Prevention of Osteoporosis</i>	491-492
<i>Groups of help to breastfeeding mothers</i>	493-494
<i>Press</i>	495-512
<i>Books</i>	513-521
<i>Abstracts</i>	523-579

Tratamiento antimicrobiano de las infecciones intestinales

Dr. M. López-Brea*

La manifestación clínica fundamental de la infección intestinal es la diarrea. Esta a su vez, es una de las principales causas de muerte en niños menores de cinco años, en los países en desarrollo y una causa importante de morbilidad en adultos que viven en estas áreas (1).

Actualmente, se aceptan una serie de microorganismos como agentes causales de distintos procesos diarreicos, y así, bacterias, virus y parásitos constituyen las causas más frecuentes de infección intestinal.

Los microorganismos que con mayor frecuencia son causa de diarrea, se exponen en el Cuadro I.

Desde un punto de vista general, habría que decir, que la rehidratación, es el tratamiento fundamental de las infecciones intestinales. Sin embargo, en determinados cuadros diarreicos, el tratamiento antimicrobiano es necesario. Tal es el caso de las infecciones intestinales producidas por *Salmonella typhi*, *Shigella*, *Clostridium difficile*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Ascaris lumbricoides* y *Trichuris trichiura*, entre otros cuadros clínicos.

El tratamiento antimicrobiano, como regla general, no debe mantenerse durante largos períodos de tiempo, y debe instaurarse en los comienzos del cuadro diarreico.

El estudio microbiológico de la muestra diarreica, previo al tratamiento antimicrobiano, es fundamental para el adecuado estudio y manejo de la infección intestinal.

* Jefe de Servicio de Microbiología.
Hospital de la Princesa. Madrid.

Cuadro 1. Microorganismos más frecuentes como causa de infección intestinal.

VIRUS	
Rotavirus. Agente de Norwalk.	
Otros virus semejantes al agente de Norwalk. (Norwalk-like agents).	
BACTERIAS	
<i>Salmonella typhi.</i>	<i>Clostridium difficile.</i>
<i>Salmonella sp.</i>	<i>Clostridium perfringens.</i>
<i>Shigella.</i>	<i>Clostridium botulinum.</i>
<i>E. coli</i> enteropatógeno.	<i>Vibrio cholerae.</i>
<i>E. coli</i> enterotoxigénico.	<i>Vibrio parahemolyticus.</i>
<i>E. coli</i> enteroinvasivo.	Vibrios no coléricos.
<i>Staphylococcus aureus.</i>	<i>Campylobacter.</i>
<i>Bacillus cereus.</i>	<i>Aeromonas.</i>
	<i>Plesiomonas.</i>
	<i>Yersinia enterocolitica.</i>
PROTOZOOS	
<i>Entamoeba histolytica.</i>	
<i>Dientamoeba fragilis.</i>	
<i>Balantidium coli.</i>	
<i>Giardia lamblia.</i>	
<i>Cryptosporidium.</i>	
HELMITOS	
<i>Ascaris lumbricoides.</i>	
<i>Trichuris trichiura.</i>	

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS PRODUCIDAS POR VIRUS

Los cuadros diarreicos producidos por Rotavirus, agente de Norwalk y agentes virales semejantes al de Norwalk, deben ser tratados con rehidratación y no deben emplearse antimicrobianos.

Se puede decir, que al menos un 20% de las causas de diarrea en niños, son debidas a rotavirus (2).

La rehidratación oral debe hacerse con una solución de electrolitos y glucosa durante un período de 12 a 48 horas, seguida de una dieta blanda. La glucosa parece ser necesaria, para facilitar la absorción intestinal de sodio y agua en el intestino delgado (3, 4 y 5).

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS PRODUCIDAS POR BACTERIAS**SALMONELLA**

En enfermos con gastroenteritis aguda, sin otras complicaciones, causada por *Salmonella no typhi*, así como en los portadores, no debe emplearse tratamiento antimicrobiano.

Si deben emplearse antimicrobianos en:

- 1.- Fiebre tifoidea (*S. typhi*).
- 2.- Bacteriemias por *Salmonella no typhi*.
- 3.- Diseminación con supuración localizada, como osteo mielitis por *Salmonella*.

El tratamiento antimicrobiano en estos cuadros clínicos, queda resumido en el cuadro II.

La sensibilidad de *Salmonella* a los distintos antimicrobianos, es en general bastante buena. En el caso de *Salmonella typhi*, en nuestra experiencia es igualmente bastante buena; y así de 65 cepas aisladas de coprocultivo todas fueron sensibles a Cloranfenicol, Ampicilina, Cotrimoxazol, Cefazolina, Cefamandol, Gentamicina, Tetraciclina, Fosfomicina y Colistina (6).

Cuadro II. Tratamiento antimicrobiano de la fiebre tifoidea, bacteriemias por *Salmonella no typhi* y diseminación con supuración localizada.

	NIÑOS	ADULTOS
● Ampicilina	200 mg./Kg./día 2 semanas	6 g. día 2 semanas
● Cloranfenicol	75 mg./Kg./día 2 semanas	3 g./día 2 semanas
● Cotrimoxazol	10 mg./Kg./día de Trimetoprim + 50 mg./Kg./día de Sulfametoxazol 2 semanas	160 mg. de Trimetoprim + 800 mg. de Sulfame- toxazol 2 semanas
●	En los casos de diseminación localizada con supuración (Osteo mielitis) o cuando la respuesta al tratamiento sea lenta, prolongar el tratamiento durante 4 a 6 semanas.	

VIBRIO CHOLERAE

El *Vibrio cholerae*, con sus dos serotipos fundamentales Inaba y Oгава, que a su vez pertenecen al biotipo clásico o al biotipo El Tor, producen cuadros diarreicos de importancia considerable, debido a la importante pérdida de líquido que se produce en estas infecciones intestinales.

La rehidratación es aquí también el tratamiento fundamental, sin embargo, el empleo de tetraciclinas o furazolidona mejora el cuadro clínico (2).

El tratamiento antimicrobiano de las infecciones intestinales producidas por *Vibrio cholerae*, queda expresado en el cuadro III.

CAMPYLOBACTER

Se reconocen fundamentalmente dos especies productoras de infección intestinal: *Campylobacter jejuni* y *Campylobacter coli*.

La rehidratación es igualmente el tratamiento de elección, aunque en determinados casos se requiera el tratamiento antimicrobiano y así se ha citado que eritromicina es el antibiótico de elección (2).

La dosis recomendada de eritromicina, es de 500 mg. de estearato de eritromicina cada 12 horas, durante 5 días en adultos o etil succinato de eritromicina 40 mg./Kg./día durante 5 días en niños (19).

Cuadro III. Tratamiento antimicrobiano de las infecciones intestinales producidas por *V. cholerae*.

	NIÑOS	ADULTOS
Tetraciclina	50 mg./Kg.peso/día/* 3 días	500 mg./6 h. 2 días
Furazolidona	5 mg./Kg./día/* 3 días	
Cloranfenicol	75 mg./Kg./día/* 3 días	

* Esta dosis total se distribuye en 4 tomas cada 6 horas.

SHIGELLA

Se distinguen cuatro serogrupos dentro del género *Shigella*; grupo A (*S. dysenteriae*), grupo B (*S. flexneri*), grupo C (*S. boydii*) y grupo D (*S. sonnei*). La especie que con mayor frecuencia se aísla en nuestro medio es *S. sonnei* (7), seguida de *S. flexneri* y *S. boydii*; *S. dysenteriae* se aísla muy raramente.

El tratamiento antimicrobiano de la Shigelosis, queda expresado en el cuadro IV.

En los últimos años, la resistencia antimicrobiana de los microorganismos pertenecientes al género *Shigella*, ha aumentado considerablemente, y así en nuestra experiencia, la resistencia «in vitro» de *S. sonnei* a Ampicilina y Cotrimoxazol, ha variado de un 39,6% y un 34,4% en 1979 a un 97,9% y 96,9% en 1982 respectivamente (18).

Cuadro IV. Tratamiento antimicrobiano de la Shigelosis.

	NIÑOS	ADULTOS
Cotrimoxazol	10 mg./Kg./día de Trimetoprim + 50 mg./Kg./día de Sulfametoxazol 5 días.	160 mg./de Trimetoprim + 800 mg. de Sulfame- toxazol 5 días.
Ampicilina	50 - 75 mg./Kg./día 5 días.	500 mg. 5 días.
Ac. Oxolínico		750 mg. 5 días.

E. COLI ENTEROPATOGENO, E. COLI ENTEROTOXIGENICO Y E. COLI ENTEROINVASIVO

En estos cuadros diarreicos, lo fundamental es la rehidratación. Sin embargo se han empleado con frecuencia antimicrobianos, sobre todo en las gastroenteritis infantiles producidas por *E. coli* enteropatógeno y así, desde neomicina hasta colimicina o gentamicina (9, 10, 11 y 12) se han utilizado una serie de antibióticos. No existen estudios definitivos, que establezcan que el tratamiento antimicrobiano es mejor que la rehidratación.

De la misma forma, tanto en las diarreas producidas por *E. coli* enterotoxigénico, como en las producidas por *E. coli* enteroinvasivo, aunque es razonable pensar que el tratamiento antimicrobiano puede disminuir el cuadro diarreico, sobre todo en las diarreas producidas por *E. coli* enterotoxigénico, por su similitud con las producidas por *Vibrio cholerae*, no hay estudios que demuestren este hecho.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS, V. PARAHEMOLYTICUS, V. NO COLERICOS, CLOSTRIDIUM PERFRINGENS, AEROMONAS, PLESIOMONAS Y YERSINIA ENTEROCOLITICA.

La rehidratación es aquí también el tratamiento fundamental.

En los cuadros de infección intestinales producidos por *Y. enterocolitica* (8) que se requiera tratamiento antimicrobiano, algunos autores sugieren el empleo de cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetoprim) como tratamiento (2).

BACILLUS CEREUS. CLOSTRIDIUM BOTULINUM

En el caso de las enterocolitis producidas por *Bacillus cereus*, la rehidratación es la medida principal. Estos microorganismos son resistentes a Sulfamidas y timetoprim (20).

El *Clostridium botulinum*, productor de potentes neurotoxinas, requiere para su neutralización la rápida administración de antitoxina antes de que la toxina se fije a los tejidos. El cuadro diarreico producido por la infección intestinal con *Clostridium botulinum*, requiere igualmente una rápida rehidratación.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Este microorganismo se ha asociado a la producción de colitis pseudomembranosa. Las cepas de *C. difficile* productoras de toxina, son realmente las implicadas en el cuadro diarreico.

El tratamiento preconizado para las diarreas producidas por *C. difficile* es el de vancomicina o metronidazol. La vancomicina se emplea a una dosis de 500 mg./6 h. durante 10 días por vía oral y el metronidazol a la dosis de 250 mg./6 h. durante 10 días por vía oral (21).

TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS PRODUCIDAS POR PROTOZOOS

ENTAMOEBIA HISTOLYTICA

El tratamiento antimicrobiano de las diarreas producidas por *E. histolytica*, se establece en los portadores asintomáticos de quistes, en los cuadros intestinales de diarrea por *E. histolytica* y en los abscesos amebianos hepáticos u otras localizaciones extra intestinales.

El metronidazol es el antiprotozoario, que se ha venido empleando con éxito en el tratamiento de la amebiasis en general (13, 14 y 15), aunque se han citado algunos casos donde este antimicrobiano no fué eficaz (16 y 17).

El tratamiento antimicrobiano de las distintas formas de amebiasis se expone en el cuadro V.

Cuadro V. Tratamiento antimicrobiano de las infecciones intestinales producidas por *E. histolytica*.

	Portadores asintomáticos	Amebiasis intestinal	Absceso hepático extraintestinal
ADULTOS	Metronidazol 750 mg. 5 días	Metronidazol 750 mg. 7 días + Diiodohidroxi- quinina. 650 mg. 21 días.	Metronidazol 750 mg. 7 días
NIÑOS	Metronidazol 0 mg./Kg./día 10 días	Metronidazol 50 mg./Kg./día 10 días + Diiodohidroxi- quinina 40 mg./Kg./día. 21 días.	Metronidazol 50 mg./Kg./día 10 días

DIENTAMOEBIA FRAGILIS. BALANTIDIUM COLI

Las infecciones intestinales producidas por *D. fragilis* y *Balantidium*, se pueden tratar con diiodohidroxiquinina, a la dosis de 650 mg./8 h. durante 10 días (22).

G. LAMBLIA

Las infecciones intestinales producidas por *G. lamblia* pueden tratarse con metronidazol o con tinidazol.

La dosis única de 2 g. de tinidazol curó al 92% de los adultos con giardiasis (23). En niños, el tinidazol empleado a la dosis de 50 mg./Kg. peso en una sola toma proporciona muy buenos resultados (24).

CRYPTOSPORIDIUM

Es relativamente reciente la implicación de este microorganismo en los cuadros de infección intestinal, y hasta el momento no son muchas las posibilidades terapéuticas, a pesar de que se han probado un importante número de antimicrobianos (25).

RESUMEN

Se hace una puesta al día del tratamiento antimicrobiano de las diarreas por virus, bacterias (*Salmonella*, *V. cholerae*, *Campylobacter*, *Shigella*, *E. coli* y otras) y protozoos (*E. histolytica*, *D. fragilis*, *B. coli*, *G. lamblia*).

RÉSUMÉ

L'auteur fait une mise au point du traitement antimicrobien des diarrhées produites par des virus, des bactéries (*Samonella*, *W. cholerae*, *Campylobacter*, *Shigella*, *E. coli* et autres) et des protozoos (*E. histolytica*, *D. fragilis*, *B. coli*, *G. lamblia*).

SUMMARY

The author reviews the antimicrobial treatment of diarrhoea due to virus, bacteria (*Samonella*, *V. cholerae*, *Campylobacter*, *Shigella*, *E. coli* and others) and protozoa (*E. histolytica*, *D. fragilis*, *B. colis*, *G. lamblia*).

BIBLIOGRAFIA

1. SACK, R.B. Human diarrhoeal disease caused by enterotoxigenic *E. coli*. *Annual. Rev. Microb.* 29: 333-353. (1975).
2. DU PONT, H. AND PICKERING, L.K. Infections of the gastrointestinal tract. Plenum Publishing Corporation. Pág. 197. (1980).
3. CRANE, R.K. Na-dependent transport in the intestine and other animal tissues. *Fed. Proc. Fed. Am. Soc. Exp. Biol.* 24: 1.000-1.006 (1965).
4. SHULTZ, S.G. AND CURRAN, P.F. Coupled transport of Sodium and organic solutes. *Physiol. Rev.* 50: 637-638 (1970).
5. FORDTRAN, J.S. Stimulation of active and passive sodium absorption by sugars in the human jejunum. *J. Clin. Invest.* 55: 728-737 (1975).
6. LOPEZ-BREA, M., COLLADO, L. Y BAQUERO, M. *Salmonella typhi*: incidencia en coprocultivo y aspectos microbiológicos. *Rev. San. Hig. Pub.* 57: 1.153-1.159 (1983).
7. LOPEZ-BREA, M. ET AL. *Shigella*: incidence and seasonality in Madrid. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 77: 140-141 (1983).
8. LOPEZ-BREA, M. ET AL. *Yersinia enterocolitica*: incidence in Madrid. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 74: 420 (1980).
9. WHEELER, W.E. Spread and Control of *Escherichia coli* diarrheal disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 66: 112-117 (1956).
10. ROGERS, K.B. ET AL. Phthalylsulfacetamide and neomycin in the treatment of infantil gastro-enteritis. *Lancet* 2: 599-604 (1965).
11. NETER, E. Enteritis due to enteropathogenic *Escherichia coli*. Present-day status and unsolved problems. *J. Pediatr.* 55: 223-239 (1959).
12. RILEY, H.D., JR. Antibiotic therapy in neonatal enteric disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 176: 360-370 (1971).
13. SCOTT, F. AND MILLER, M.J. Trials with metronidazole in amebic dysentery. *J. Am. Med. Assoc.* 211: 118-120 (1970).

14. POWELL, S.J. Therapy of amebiasis. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 47: 469-477 (1971).
15. POWELL, S.J. AND ELSDON-DEW, R. Evaluation of metronidazole and MK-910 in invasive amebiasis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 20: 839-841 (1971).
16. GRIFFIN, F.M. JR. Failure of metronidazole to cure hepatic amebic abscess. *N. Engl. J. Med.* 228: 1.397 (1973).
17. STILLMAN, A. E. ET. AL. Hepatic amebic abscess: Un responsiveness to combination of metronidazole and surgical drainage. *J. Am. Med. Assoc.* 229: 71-72 (1974).
18. LOPEZ-BREA, M. ET. AL. Increasing antimicrobial resistance of *Shigella sonnei*. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy.* 11: 508 (1983).
19. BUTZLER, J.P. AND SKIRROW, M.B. *Campylobacter* enteritis. *Clinics in Gastroenterology*: 8: 737-765 (1979).
20. BRAUDE, A.I. *Medical Microbiology and Infectious diseases.* W.B. Saunders Company. Pág. 324 (1981).
21. TEASLY, D.G. ET. AL. Prospective randomised trial of metronidazole versus vancomycin for *Clostridium difficile* associated diarrhoea and colitis. *The Lancet.* ii: 1.043-1.046 (1983).
22. PRATT. W.B. *Chemotherapy of Infection.* Oxford University Press. Pág. 358 (1977).
23. JOKIPII, A.M. AND JOKIPII, L. Comparative evaluation of two dosage of tinidazole in the treatment of giardiasis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 27: 756-761 (1978).
24. LOPEZ-BREA, M. ET. AL. Tinidazole treatment in giardiasis associated with bronchial asthma in children. *Trans. Roy Soc. Med. Hyg.* 75 (1): 187 (1980).
25. C.D.C. Cryptosporidiosis: assessment of chemotherapy of males with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Morbid. Mortal Weekly Rep.* 31: 589-592 (1982).

Epidemiología del síndrome de Down en España: I. Edad Materna: Aplicación de los resultados en programas sanitarios de Prevención Primaria

M.L. Martínez Frias
J. Salvador Peral

INTRODUCCION

La trisomía del cromosoma 21 (Síndrome de Down o Mongolismo) es la alteración cromosómica más frecuente en el hombre. Representa asimismo una de las más frecuentes causas de subnormalidad. Por su enorme impacto familiar, social y económico, debe ser considerado un problema sanitario de primer orden.

La prevalencia al nacimiento ha sido establecida en numerosos estudios (Mikkelsen 1976, Hook 1978, Malcahy 1979, Mikkelsen 1982), obteniéndose unas cifras que oscilan entre 1 y 2 por mil nacimientos, si bien la prevalencia cigótica de esta alteración es mucho más elevada. Este hecho se desprende de estudios efectuados sobre abortos espontáneos de hasta tres meses de edad gestacional, de los que hasta un 10% presentan la trisomía 21 (Boué 1981).

A pesar de que todavía no se ha llegado a establecer inequívocamente la causa o causas primarias que provocan la no-disyunción cromosómica que da lugar a la trisomía (Stewart 1960, Allison 1966, Evans 1967, Fialkow 1971, Ford 1973, James 1978, Lejeune 1979, Erickson 1980, Rothman 1982, Salvador 1982), ya en el año 1933 Penrose y Jenkins pusieron de

manifiesto la estrecha relación entre el Síndrome de Down (SD) y la edad materna avanzada. A partir de ese año, y a medida que se ha ido disponiendo de poblaciones mejor estudiadas, se han venido realizando estudios de epidemiología descriptiva, tratando de cuantificar la relación entre la incidencia de SD y la edad materna. Podemos resumir los resultados de estos estudios considerando que esta relación se hace especialmente acusada a partir de los 35 años de edad materna, y que en una población en la que la proporción de mujeres gestantes a partir de esa edad sea de alrededor del 10% del total, estas madres «añosas» van a aportar el 50% de los niños con SD (Lowry 1976, Trimble 1978, Hook 1978, Griffiths 1979, Zarfás 1979, Huetner 1981, Salvador 1982). Es, pues, fácil predecir que modificaciones en la distribución de la edad materna de una población, van a producir cambios en la cifra de incidencia de SD.

Si se produce un descenso en la edad de las mujeres gestantes en el sentido de disminuir el porcentaje de nacimientos de madres por encima de los 34 años, disminuirán también los casos de SD. (Stein 1973, Matsunaga 1973, Adams 1981, Adams 1982, Matsunaga 1982). Para ilustrar este efecto, hemos recogido en la Tabla 1 la experiencia estadounidense. Adams (1981) observa que la proporción de nacimientos de madres mayores de 34 años entre 1960 y 1978, pasó del 10,9% al 4,5% y este descenso provocó una disminución en la incidencia de SD, de 1,33 por mil nacimientos en 1960 a 0,99 en 1978. Es decir, que una acción que implicó al 6,3% de la población de gestantes, disminuyó la incidencia global de SD en un 25,6%.

El motivo del presente trabajo es conocer cuál es la situación en España y ofrecer estimaciones que, basadas en datos de nuestra población, permitan el desarrollo de los programas sanitarios de prevención de SD más adecuados a nuestra situación.

TABLA 1
PREVALENCIA DE SD Y PROPORCION DE MADRES AÑOSAS EN
ESTADOS UNIDOS: 1960-1978

Años	Prevalencia de S. de Down por mil	% de Nacimientos de madres > 34 años	% estimado de S. de Down de madres > 34 años
1960	1,33	10,86	43,8
1965	1,27	9,82	43,2
1970	1,08	6,25	32,0
1975	0,99	4,56	23,7
1978	0,99	4,51	21,2

(Tomado de Adams y cols. 1981)

MATERIAL Y METODOS

Hemos utilizado los datos del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (E.C.E.M.C.) (Martínez Frías 1978). Dicho Estudio se inició en abril de 1976 y, en la actualidad, recibe datos de 42 maternidades repartidas por toda la geografía española, y controla alrededor del 15% de los nacimientos nacionales. De abril de 1976 a diciembre de 1982, el ECEMC ha controlado un total de 334,790 recién nacidos vivos (RNV) de los que 523 fueron diagnosticados de SD (1,56 por mil RNV).

En este Estudio, el SD es clínicamente diagnosticado durante los tres primeros días de vida. La metodología operacional estandarizada, basada en la descripción de la presencia o ausencia de 11 rasgos clínicos característicos del Síndrome (Smith 1982), ha probado ampliamente su bondad, ya que el análisis cromosómico sobre una muestra (6,5%) de los niños con diagnóstico clínico de Síndrome de Down, confirmó la trisomía en el 100% de los casos. Además de los datos sobre los niños con SD, disponemos de una muestra de unos 7.000 niños de la población de recién nacidos no malformados nacidos en el mismo período, es decir alrededor de un 2% del total de nacimientos controlados.

En la Figura 1 hemos representado las distribuciones por edad materna de las poblaciones de recién nacidos con SD y del total de recién nacidos. Podemos observar cómo la distribución de los casos de SD está desplazada hacia edades maternas superiores. Para visualizar mejor la estrecha relación entre la edad materna y el SD hemos representado en la Figura 2 la distribución de la incidencia de SD en intervalos anuales de edad materna (Salvador 1982). Como ocurre en la mayoría de los estudios, el incremento de la incidencia con la edad materna se pone claramente de manifiesto a partir de los 35 años.

RESULTADOS

En primer lugar, se comprobó si habían existido cambios importantes a lo largo de los años de que tenemos información en el ECEMC, tanto en la proporción de madres «añosas» como en la incidencia de SD. En la Tabla 2 podemos observar que no ha sido así. La proporción de madres con edades superiores a 34 años ha venido oscilando en una cifra siempre superior al 10% y que podemos situar en el 11,3% global. En esta misma tabla podemos ver que ese 11,3% de madres «añosas» aportan el 55,3% del total de casos de SD. La actual situación española es perfectamente superponible a la existente en la mayoría de los países desarrollados hace 20 años o más (Adams 1981, Matsunaga 1982).

En la Tabla 3 mostramos una predicción de los efectos que sobre la prevalencia del SD tendría una disminución de la proporción de madres

FIGURA 1. CURVAS SUAVIZADAS DE LAS DISTRIBUCIONES POR EDAD MATERNA DE RECIEN NACIDOS VIVOS DE LA POBLACION GENERAL Y DE RECIEN NACIDOS CON SINDROME DE DOWN, E.C.E.M.C. 1977-1982.

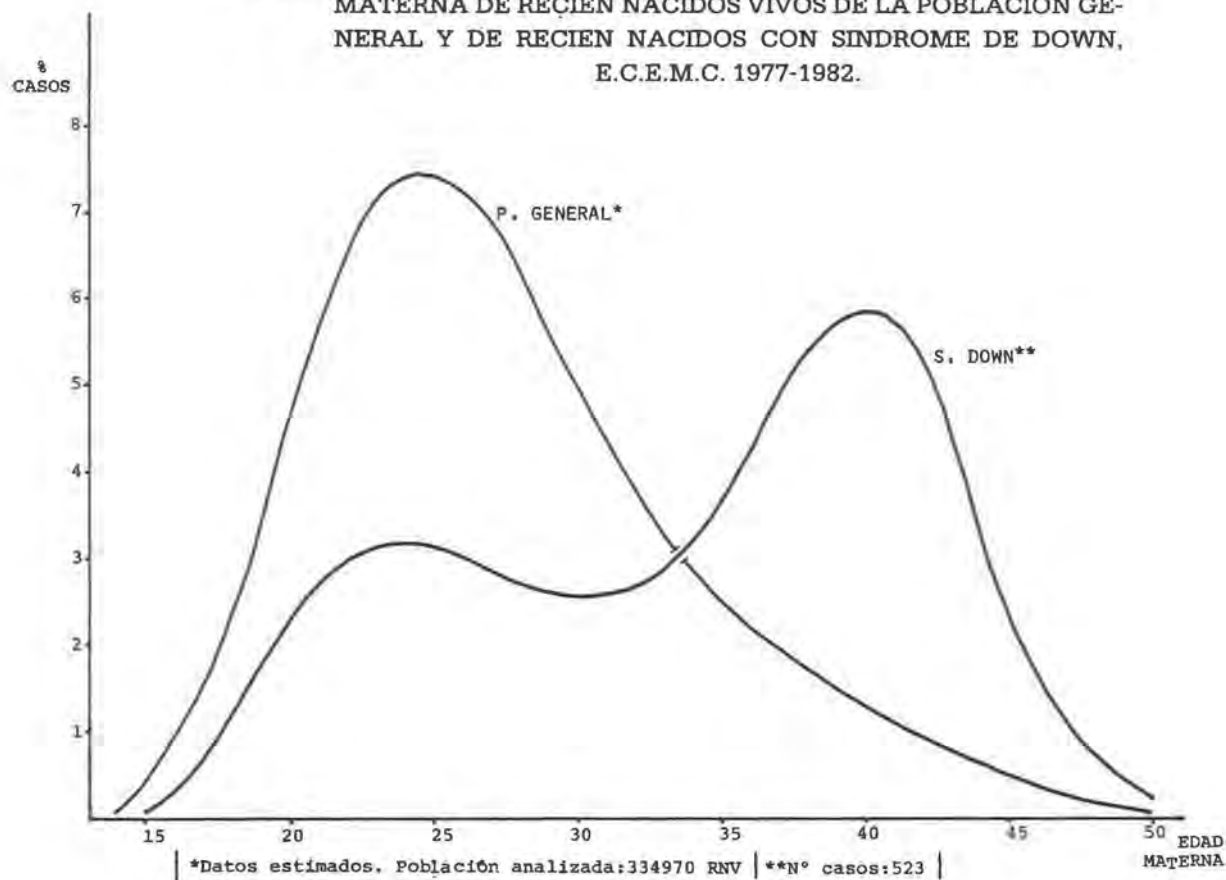
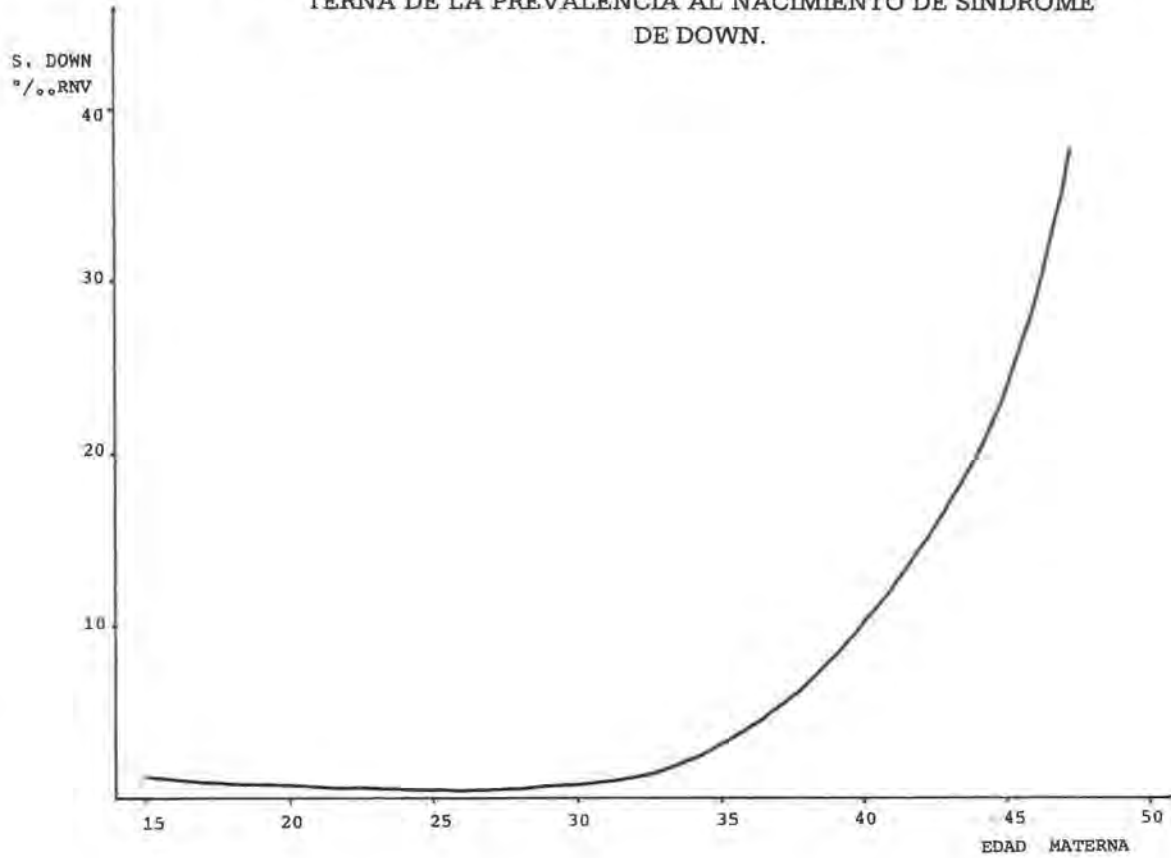


FIGURA 2. CURVA SUAVIZADA DE LA DISTRIBUCION POR EDAD MATERNA DE LA PREVALENCIA AL NACIMIENTO DE SINDROME DE DOWN.



«añosas» en nuestra población. Si establecemos la proporción de madres de más de 34 años en un 4%, que es la proporción que existe actualmente en la mayoría de los países desarrollados, nuestra incidencia de SD pasaría del 1,56 por mil actual a 1,05, es decir, que se habría reducido un 33% de los casos de SD.

TABLA 2
PREVALENCIA DE SD Y PROPORCION DE MADRES AÑOSAS EN
ESPAÑA: 1977-1982

Años	Prevalencia S. de Down por mil	% de nacimientos madres > 34 años	Distribución de casos (%) S. de Down/Edad Materna	
			< 35	≥ 35
1977	1,64	13,7	35,5	64,5
1978	1,74	10,3	43,5	56,5
1979	1,50	10,5	43,6	58,4
1980	1,41	13,8	43,4	56,6
1981	1,52	10,1	52,8	47,2
1982	1,58	10,2	45,4	54,6
Total	1,56	11,3	44,7	55,3

TABLA 3
ESTIMACION DE LA REDUCCION EN LA PREVALENCIA DEL SINDROME
DE DOWN EN ESPAÑA MEDIANTE UNA CAMPAÑA SANITARIA ENCA-
MINADA A DISMINUIR EL NUMERO DE EMBARAZOS EN MUJERES MA-
YORES DE 34 AÑOS

(Los cálculos se realizan asumiendo un total de nacimientos anual de 550.000)

% de nacimientos de madres > 34 años	% de casos de SD de madres > 34 años	Prevalencia de SD por mil
11,3 (actual)	55,3	1,56
10	51,9	1,46
8	45,8	1,33
6	38,3	1,19
4	28,8	1,05

DISCUSION

Como señalábamos en la introducción, el SD es una de las más frecuentes causas de subnormalidad, constituyendo un problema médico-sanitario de primer orden. Existen dos tipos principales de prevención de esta patología que no son mutuamente excluyentes: prevención primaria o preconcepcional y secundaria o postconcepcional. En la actualidad, en aquellos países donde se ha rebajado la incidencia de SD a cifras de alrededor del 1 por mil como consecuencia de campañas de información encaminadas a disminuir la proporción de madres de más de 34 años, el problema se está abordando por la doble vía de la prevención secundaria por detección precoz y el desarrollo de estudios de investigación encaminados a la identificación de las causas de la no-disyunción cromosómica, con objeto de poder prevenir la aparición de SD en madres de edades menores de 34 años.

Sin embargo, la estructuración de un programa sanitario de prevención del SD en situaciones en que, como la nuestra, más del 10% de las mujeres gestantes tienen una edad superior a los 34 años, debe inicialmente basarse en la prevención primaria, es decir, en campañas de información sistemática a la población sobre el riesgo ascendente para SD a medida que aumenta la edad materna. Como se deduce de la Tabla 3, una campaña de este tipo en España, que redujese la proporción de madres «añosas» al 4%, tendría como consecuencia la prevención de alrededor de 1/3 de los casos de SD de un modo sencillo, poco traumático y de bajo costo.

Los métodos de prevención secundaria tienen una gran importancia para la familia. Ofrecen además una salida para un segundo grupo de población en riesgo, por fortuna poco numeroso, los portadores de alteraciones cromosómicas balanceadas (generalmente detectados por la ocurrencia de un primer hijo o pariente afectado). Sin embargo, hay que tener muy claro que estos métodos, importantes como solución individual, no representan, en general, una solución desde el punto de vista social o de salud pública. Los sistemas de detección precoz son enormemente importantes desde el punto de vista sanitario, únicamente en aquellas patologías en que de su detección se deriva una acción terapéutica recuperativa en su totalidad. Es decir en los casos en que la detección precoz puede equipararse, en el estado actual de conocimientos, a la prevención primaria. Un claro ejemplo lo constituyen ciertas metabolopatías. Sin embargo, éste no es el caso del Síndrome de Down. Para ilustrar esta afirmación, hemos representado en la Tabla 4 los resultados de un estudio realizado por Adams y cols. en 1981. Estos autores estimaron cuál sería la reducción de la prevalencia del SD que se obtendría en la población de Estados Unidos, dependiendo del porcentaje de diagnósticos prenatales que se efectuarían en el grupo de madres mayores

de 34 años, asumiendo que todos los casos en que se obtuviera un resultado positivo se efectuaría una interrupción del embarazo.

Podemos observar que en el hipotético caso, por otra parte irrealizable, de efectuar amniocentesis al 50% de la población en riesgo (madres mayores de 34 años), la reducción en la incidencia de SD sería tan sólo del 11% (de 0,99 a 0,88 por mil), frente al 25,6% que se obtuvo como consecuencia de la reducción de la edad en que las mujeres norteamericanas tuvieron sus hijos (Tabla 1, Adams 1981).

De todo lo expuesto se desprende que los sistemas de detección precoz del SD deben ser considerados como sistemas sanitarios de prevención, únicamente cuando los mecanismos de prevención primaria han sido desarrollados al máximo y ya no disponemos de otras opciones. Mientras que esta situación no exista, la detección precoz debe entenderse como método necesario de aplicación y solución individual.

Finalmente, queremos insistir en la necesidad de una acción sanitaria encaminada a reducir la proporción de madres añosas ya que, como hemos visto en los resultados del presente trabajo, sería un medio sencillo de reducir la prevalencia del Síndrome de Down en España mediante prevención primaria.

TABLA 4
ESTIMACION DE LA REDUCCION DE LA PREVALENCIA DE SD MEDIANTE DIFERENTES PORCENTAJES DE AMNIOCENTESIS EN GESTANTES MAYORES DE 34 AÑOS EN ESTADOS UNIDOS
 (Asumiendo que en todas las trisomías 21 se interrumpiría el embarazo)

% de gestantes > 34 años en que se efectúa amniocentesis	Prevalencia estimada de Síndrome de Down
0	0,99
5	0,98
10	0,97
25	0,93
50	0,88

(Tomado de Adams y cols. 1981)

RESUMEN

Existen dos tipos principales de prevención del Síndrome de Down (SD) que no son mutuamente excluyentes: prevención primaria o preconcepcional y prevención secundaria o postconcepcional.

En el momento actual, en los países desarrollados, la incidencia de SD ha venido disminuyendo hasta aproximadamente un 1 por mil nacimientos. Este descenso ha sido, en gran medida, el resultado de programas de prevención primaria consistentes en información a la población del mayor riesgo para SD a medida que aumenta la edad materna, y que han tenido como consecuencia que la proporción de madres mayores de 34 años sea de alrededor del 4%. En el presente trabajo presentamos la situación en España, tanto de la incidencia de SD, como de la proporción de madres mayores de 34 años. Hacemos una estimación del porcentaje de casos de SD que se podrían prevenir reduciendo, en nuestro medio, la cifra de madres «añosas» al 4% que hoy existe en la mayoría de los países desarrollados. Comparamos nuestros datos con los de otros estudios y se discuten los resultados cara a una acción sanitaria de prevención.

RÉSUME

Il y a deux types principaux de prévention du Syndrome de Down (S.D.) qui ne s'excluent pas mutuellement: prévention primaire ou préconceptionnelle et prévention secondaire ou postconceptionnelle. A l'heure actuelle, dans le pays développés l'incidence du S.D. a descendue jusqu'à 1 par mil naissances à peu près. Ce descente a été, surtout, le résultat des programmes de prévention primaire consistant en informations à la population du majeur risque pour S.D. au four et à mesure que l'âge maternelle augmentait et qu'ont eu comme conséquence que la proportion des mères de plus de 34 ans soit autour du 4%. Dans ce travail nous présentont la situation dans l'Espagne, autant de l'incidence du S.D. que de la proportion des mères de plus de 34 ans. Nous faisons une estimation du pourcentage des cas de S.D. qu'on pourrait prévenir en réduisant, dans notre milieu, la chiffre des mères «vieux» au 4% qu'existe aujourd'hui dans la plus parte de pays développés. Nous comparons aussi notes donnés avec ceux d'autres études et nous discutons les résultats en face d'une action sanitaire de prévention.

SUMMARY

There are two main types of prevention of Down's Syndrome (D.S.) which are not mutually exclusive: primary or preconceptional prevention and secondary or postconceptional prevention. At present, in the developed countries, the incidence of D.S. has been decreasing to nearly 1 per thousand births. This decrease has been mainly the result of primary prevention programmes consisting in the information to the population of the growing risk for D.S. according to the maternal age and whose consequence has been that the proportion of mothers older than 34 is now around 4%. In this paper we show the Spanish situation, both of the incidence of D.S. and of the proportion of mothers older than 34. We estimate the percentage of D.S. cases that could be prevented reducing, in our environment, the figure of «old» mothers to 4%, which is the figure for the majority of developed countries today. We compare our data with those of another studies and we discuss the results in front of a preventive action.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS MM., ERICKSON JD., LAYDE PM., OAKLEY GP. (1981). Down syndrome. Recent trends in the United States. *JAMA* 246: 758-760.
- ADAMS MM., OAKLEY GP., MARKS JS. (1982). Maternal age and births in the 1980s. *JAMA* 247: 493-494.
- ALLISON AC., PATON GR. (1966). Chromosomal abnormalities in human diploid cells infected with mycoplasma and their possible relevance to the aetiology of Down's syndrome (mongolism). *Lancet* 2: 1.229-1.230.
- BOUE J., DELUCHAT C., NICOLAS H., BOUE A. (1981). Prenatal losses of trisomy 21. In *Trisomy 21*, pp. 183-193. Ed. Burgio GR, Fraccaro M., Tiepolo L., Wolf U. Berlin: Springer-Verlag.
- ERICKSON JD. (1980). Down syndrome, water fluoridation and maternal age. *Teratology* 21: 177-180.
- EVANS HJ. (1967). The nucleolus, virus infection and trisomy in man. *Nature* 214: 361-363.
- FIALKOW PJ., THYLENE HC., HECHT F., BRYANT J., (1971). Familial predisposition to thyroid disease in Down's syndrome. Controlled immunochemical studies. *Am. J. Hum. Genet.* 23: 67-86.
- FORD JH. (1973). Induction of chromosomal errors. *Lancet* 1: 54.
- GRIFFITHS AJF., LOWRY RB., RENWICK DHG. (1979). Down's syndrome and maternal age in British Columbia, 1972-75. *Environ. Health Perspect.* 31: 9-11.
- HOOKE EB., LIDSJO, A. (1978). Down syndrome in livebirths by single year maternal age interval in a swedish study. Comparison with results from a New York State study. *Am. J. Hum. Genet.* 30: 19-27.
- HUETHER CA., GUMMERE GR., HOOKE EB., DIGNAN P., VOLODKEVICH H., BARG M., LUDWIG DA., LAMSON SH. (1981). Down's syndrome: percentage reporting on birth certificates and single year maternal age risk rates for Ohio 1970-1979: Comparison with upstate New York data. *Am. J. Pub. Health* 71: 1.367-1.372.
- JAMES WH. (1978) Down syndrome and parental coital rate. *Lancet* 1: 895.
- JENKINS RL. (1933). Etiology of mongolism. *Am. J. Dis. Childr.* 45: 506-519.
- LEJEUNE J., PRIEUR M. (1979). Contraceptifs oraux et trisomie 21. *Ann. Genet.* 22: 61-66.
- LOWRY RB., JONES DC., RENWICK DHG., TRIMBLE BK. (1976). Down's syndrome in British Columbia, 1952-1973: Incidence and mean maternal age. *Teratology* 14: 29-34.
- MALCAHY, MT. (1979). Down's syndrome in western Australia: cytogenetics and incidence. *Hum. Genet.* 48: 67-72.
- MARTINEZ FRIAS ML., RODRIGUEZ A., SALGADO C., MARCITLLACH ML., CARASAR., SEARA ML., GIL MT., (1978). El estudio de las malformaciones congénitas detectables durante los tres primeros días de vida. *Epidemiología y prevención*. Ed. Depto. de Estudios y Public. del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid.
- MATSUNAGA E. (1973). Effect of changing parental age patterns on chromosomal aberrations and mutations. *Soc. Biol.* 20: 82-88.

- MATSUNAGA E. (1982). Incidence and prevalence of genetic disease (excluding chromosomal aberrations) in human populations. *Mutat. Res.* 99: 95-128.
- MIKKELSEN M. (1982). Down syndrome: current stage of cytogenetic epidemiology. In: *Hum. Genetics, Part. B: Medical Aspects*, pp. 297-309. Ed. Alan R. Liss, Inc. 150 Fifth Avenue, New York.
- MIKKELSEN, M., FISHER G., STENE J., STENE E., PETERSON E. (1976). Incidence Study of Down Syndrome in Copenhagen. 1960-71: with Chromosome investigation. *Ann. Hum. Genet.* 40: 177-182.
- PENROSE LS. (1933). The relative effects of paternal and maternal age in mongolism. *Jour. Genet.* 27: 219-224.
- ROTHMAN KJ. (1982). Spermicide use and Down's syndrome. *Am. J. Pub. Health*, 72: 399-401.
- SALVADOR J., MARTINEZ FRIAS ML. (1982). Edad materna y Síndrome de Down en España. *Rev. Esp. Pediatr.* 38: 205-214.
- SMITH DW. (1982). Recognizable patterns of human malformation. 3 edición. Vol. VII in the Series «Major problems in Clinical Pediatrics». Ed. W.B. Saunders. Philadelphia.
- STEIN Z., SUSSER M., GUTERMAN AV. (1973). Screening programme for prevention of Down's syndrome. *Lancet* 1: 305-309.
- STEWART JSS. (1960). Mechanisms of meiotic non-disjunction in man. *Nature* 187: 804-805.
- TRIMBLE BK., BAIRD PA. (1978). Maternal age and Down syndrome: age-specific incidence rates by single-years intervals. *Am. J. Med. Genet.* 2: 1-5.
- ZARFAS DE., WOLF LC. (1979). Maternal age patterns and the incidence of Down's syndrome. *Am. J. Mental. Defic.* 83: 353-359.

Mortalidad por tumor maligno de intestino delgado. Estudio epidemiológico, período 1951-78

Torres Martin, Cristina
López Casares, Rosa
Zarazaga Escribano, Carmen
Dominguez Carmona, Manuel

El intestino delgado representa más de las tres cuartas partes de la superficie de revestimiento intestinal, y está situado entre dos órganos que son lugares frecuentes de cáncer; a pesar de ello, la mortalidad por tumor maligno de intestino delgado es extrañamente baja si la comparamos con la mortalidad producida por otras neoplasias gastrointestinales.

En los veintiocho años que abarca el presente estudio, se produjeron en España un total de 5.478 defunciones por cáncer de intestino delgado, de las cuales 2.410 corresponden a varones y 3.068 a mujeres (1).

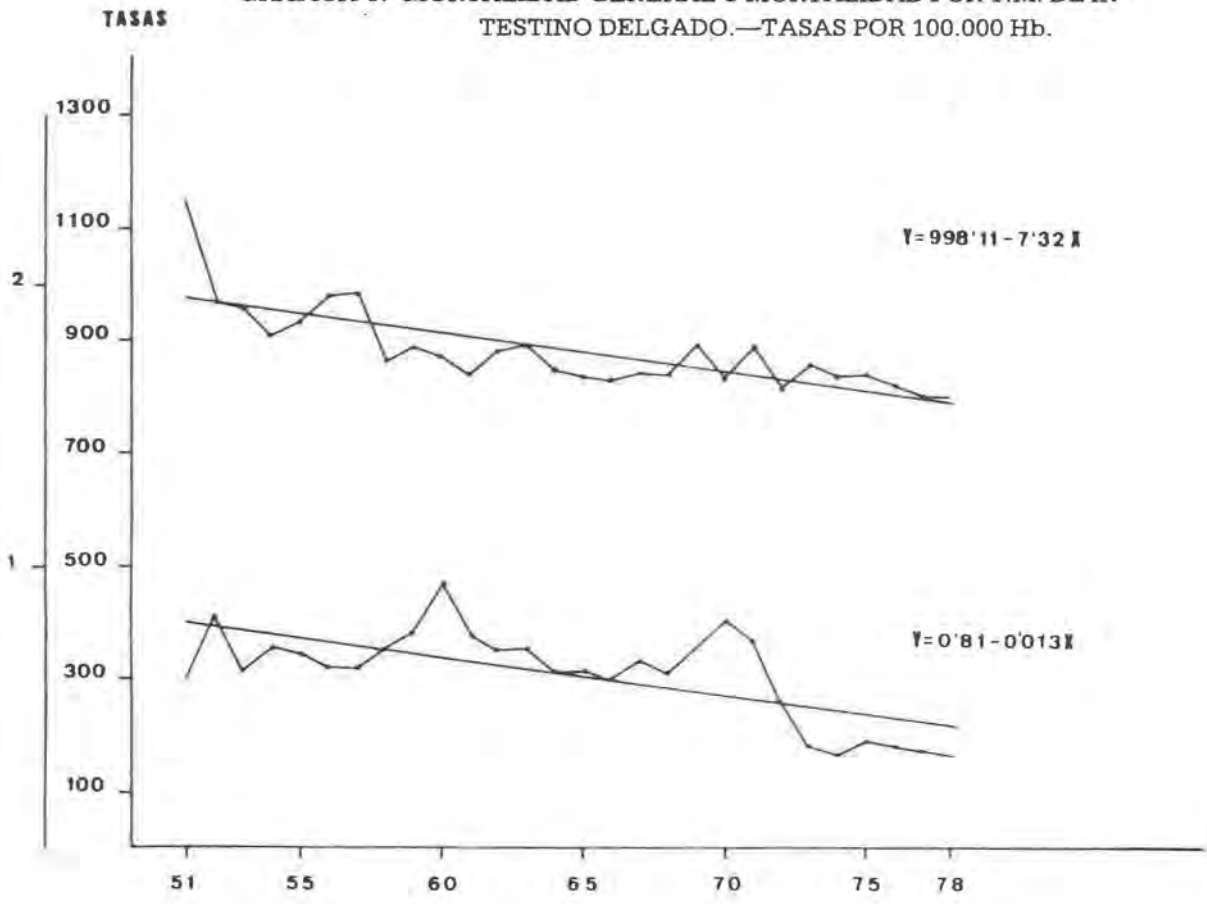
Las tasas por 100.000 habitantes obtenidas para este período tienen un valor máximo y mínimo de 0,94 y 0,33 respectivamente. La tasa media alcanza un valor de 0,62.

La mortalidad ha descendido moderadamente considerando el total de años analizado, pero este descenso se hace patente a partir del año 1973.

En esta tendencia descendente la mortalidad por tumor maligno de intestino delgado coincide con la mortalidad general. Sin embargo, esta última presenta una evolución diferente; ha disminuido desde 1951, pero se estabiliza en los últimos años, dando lugar a un trazado prácticamente horizontal, lo que indica un envejecimiento de la población, fenómeno común a otros países desarrollados (Gráfica 1).

(1) Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población.

GRAFICA 1: MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD POR T.M. DE IN-TESTINO DELGADO.—TASAS POR 100.000 Hb.



En la relación o/oo obtenida entre la mortalidad por cáncer de intestino delgado y mortalidad general, prácticamente todos los valores se mantienen por debajo de 1; lo que nos da idea del bajo peso que la mortalidad debida a este proceso patológico tiene en el total de fallecimientos por todas las causas (Tabla 1).

TABLA 1
RELACION ENTRE MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD POR T.M.
DE INTESTINO DELGADO. VALORES ABSOLUTOS

Años	M. General	M. por T.M. intestino	Relación o/oo
1951	322.329	168	0,52
1952	271.657	234	0,86
1953	273.571	181	0,66
1954	259.874	204	0,78
1955	269.298	199	0,74
1956	285.510	191	0,67
1957	289.638	190	0,65
1958	255.900	209	0,82
1959	264.497	228	0,86
1960	262.260	283	1,08
1961	256.394	229	0,89
1962	271.373	217	0,80
1963	275.499	223	0,81
1964	267.045	200	0,75
1965	267.407	201	0,75
1966	269.738	193	0,71
1967	274.021	218	0,79
1968	277.357	205	0,74
1969	297.169	240	0,81
1970	280.170	274	0,98
1971	302.869	251	0,83
1972	280.163	179	0,64
1973	296.524	124	0,42
1974	295.275	115	0,39
1975	298.192	136	0,45
1976	299.007	132	0,44
1977	294.324	129	0,44
1978	296.781	125	0,42

Análisis por edad y sexo

La mortalidad por tumor maligno de intestino delgado es mayor en la mujer que en el hombre. Pero la diferencia de frecuencia entre uno y otro sexo no es tan grande como para afirmar que califica epidemiológicamente este tumor. Tampoco se han podido hallar factores causales diferenciales entre ambos sexos.

En todo el periodo analizado la distribución por sexos no ha sido constante; en algunos casos las tasas se han acercado, y en otros, por ejemplo en el año 1966, muestran una gran diferencia. En el año citado las tasas son 0,47 y 0,72 respectivamente para varones y mujeres (Tabla 2).

En el último quinquenio se observa una tendencia a la equivalencia de las tasas, e incluso en los dos últimos años, 1977 y 1978, son mayores en el varón.

La tasa media de todo el periodo analizado es 0,56 en el hombre y 0,68 en la mujer. En ambos sexos la trayectoria es descendente, y la pendiente de caída bastante similar - 0,010 y - 0,016 (Gráfica 2).

Hemos realizado para todos los años estudiados, el coeficiente varón-mujer. El valor hallado ha sido menor que 1 hasta 1973 (exceptuando el primer año), a partir de ese momento los índices son mayores, y ponen de manifiesto el cambio en la tendencia de la mortalidad anteriormente citado.

En resumen, podemos afirmar que la mortalidad por tumor maligno de intestino delgado tiene mayor incidencia en el sexo femenino, pero que esta diferencia no es excesivamente grande, e incluso en los últimos años tiende a igualarse en ambos sexos (Tabla 3).

En un proceso como el canceroso, y en todo tipo de enfermedades crónicas, son de gran utilidad las tasas de edad específicas, que permiten conocer aquellos grupos en los que la incidencia es mayor.

En nuestro estudio, hemos clasificado la población en grupos de cinco años, excepto las personas de mayor edad, que se han incluido en el grupo de 80 y más años. La observación más importante es que la mortalidad aumenta de forma correlativa con la edad. Las tasas presentadas por cada grupo, van siendo mayores que aquel que les precede.

El inicio de la mortalidad, para el cáncer de intestino delgado, podemos considerarlo en los 50 años, pues por las tasas halladas en los grupos anteriores, de menor edad, no son significativas. Hasta los 20 años prácticamente no se producen fallecimientos, y desde esta edad hasta los 49 no existe correlación en las tasas obtenidas.

A partir del grupo 50-54 años, aumenta progresivamente la mortalidad. El número absoluto de defunciones crece hasta los 75 años y después disminuye algo; sin embargo las tasas se mantienen superiores debido a que la población en estos grupos es menor.

TABLA 2
MORTALIDAD POR T.M. DE INTESTINO DELGADO
TASAS POR 100.000 HABITANTES

Años	VARONES		MUJERES		TOTALES	
	Defunc.	Tasas	Defunc.	Tasas	Defunc.	Tasas
1951	86	0,63	82	0,56	168	0,60
1952	79	0,58	155	1,06	234	0,83
1953	74	0,54	107	0,72	181	0,63
1954	99	0,71	105	0,77	204	0,71
1955	80	0,57	119	0,79	199	0,69
1956	82	0,58	109	0,72	191	0,65
1957	88	0,62	102	0,67	190	0,64
1958	88	0,61	121	0,79	209	0,70
1959	105	0,73	123	0,79	228	0,76
1960	115	0,78	168	1,08	283	0,94
1961	110	0,74	119	0,76	229	0,75
1962	96	0,64	121	0,76	217	0,70
1963	90	0,59	133	0,83	223	0,71
1964	93	0,60	107	0,66	200	0,63
1965	86	0,55	115	0,70	201	0,63
1966	74	0,47	119	0,72	193	0,60
1967	81	0,51	137	0,82	218	0,67
1968	91	0,57	114	0,67	205	0,67
1969	112	0,69	128	0,75	240	0,72
1970	113	0,69	161	0,93	274	0,81
1971	111	0,67	140	0,80	251	0,74
1972	60	0,36	119	0,68	179	0,52
1973	63	0,37	61	0,34	124	0,36
1974	64	0,37	51	0,28	115	0,33
1975	69	0,37	67	0,37	136	0,38
1976	54	0,33	73	0,50	132	0,36
1977	66	0,37	63	0,34	129	0,35
1978	76	0,43	49	0,26	125	0,34

GRAFICA 2: MORTALIDAD POR T.M. DE INTESTINO DELGADO.—TASAS POR 100.000 Hb.

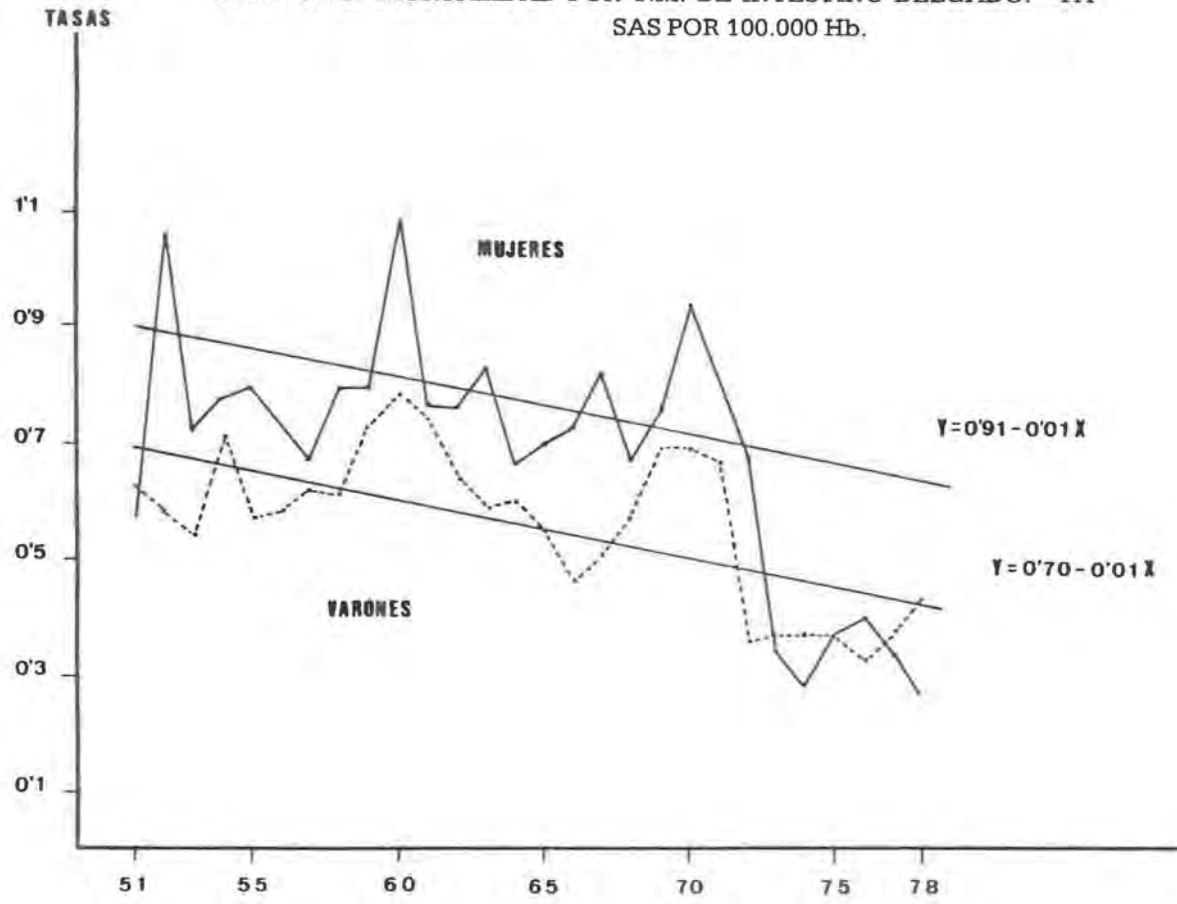


TABLA 3
RELACION ENTRE LA MORTALIDAD DE AMBOS SEXOS
TASAS POR 100.000 HABITANTES

Años	VARONES	MUJERES	RELACION V/M
1951	0,63	0,56	1,12
1952	0,58	1,06	0,55
1953	0,54	0,72	0,75
1954	0,71	0,77	0,92
1955	0,57	0,79	0,72
1956	0,58	0,72	0,80
1957	0,62	0,67	0,92
1958	0,61	0,79	0,77
1959	0,73	0,79	0,92
1960	0,78	1,08	0,72
1961	0,74	0,76	0,97
1962	0,64	0,76	0,84
1963	0,59	0,83	0,71
1964	0,60	0,66	0,91
1965	0,55	0,70	0,78
1966	0,47	0,72	0,65
1967	0,51	0,82	0,62
1968	0,57	0,67	0,85
1969	0,69	0,75	0,92
1970	0,69	0,93	0,74
1971	0,67	0,80	0,63
1972	0,36	0,68	0,53
1973	0,37	0,34	1,09
1974	0,37	0,28	1,32
1975	0,37	0,37	1,00
1976	0,33	0,40	0,82
1977	0,37	0,34	1,09
1978	0,43	0,26	1,65

La mortalidad es más alta en los grupos de mayor edad. La mayor frecuencia de cánceres en esta etapa de la vida puede deberse a una acumulación, creciente con el tiempo, de los factores cancerígenos; y a una disminución de las defensas. Dentro de los distintos grupos la mortalidad es ligeramente superior en la mujer, alcanzando las máximas diferencias en el grupo de 80 años, y desapareciendo en los de menor edad, en los que la relación varón-mujer es 1:1.

Comparación con otros cánceres de los órganos digestivos.

Los malignomas del aparato digestivo y peritoneo constituyen el grupo más numeroso en nuestro país. Comprende un 44 por cien de las muertes por neoplasma.

Desde el año 1951, se ha producido un aumento importante en el número de defunciones por esta causa. La tendencia ha sido una elevación progresiva de la mortalidad con una pendiente de valor + 0,81 para la recta de regresión. Sin embargo, mientras que de 1951 a 1967 se duplicó el número de óbitos, a partir de este año se produce una estabilización e incluso una ligera disminución de la mortalidad, reflejada en las tasas correspondientes (Tabla 4).

En general, para este tipo de tumores, la tasa de mortalidad es más elevada en el hombre que en la mujer. La tasa media por 100.000 habitantes en todo el período para los varones es 58,36 y para la mujer es 52,61. Difiere, sin embargo, de unas localizaciones a otras; este es el caso del intestino delgado, cuya mortalidad, como hemos visto, presenta una frecuencia mayor en la mujer.

Figuran en este grupo en orden de importancia entre otros, el cáncer de estómago, intestino, recto y esófago.

TABLA 4
MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO. TASAS POR 100.000 HABITANTES

Años	Organos Digestivos	Estómago	I. Grueso excep. recto	Recto	Esófago	I. Delgado
1951	38,18	21,09	3,81	1,57	1,28	0,60
1952	40,43	22,36	4,03	1,86	1,40	0,83
1953	40,69	22,31	3,99	1,84	1,48	0,63
1954	42,71	22,98	4,28	2,15	1,44	0,71
1955	47,54	25,14	5,09	2,21	1,61	0,69
1956	48,02	25,05	5,03	2,38	1,64	0,65
1957	48,74	24,35	5,44	2,42	1,89	0,64
1958	48,05	24,46	5,32	2,43	1,88	0,70
1959	49,15	25,33	5,33	2,45	1,99	0,76
1960	55,76	27,56	6,76	2,84	2,29	0,94
1961	57,78	27,84	7,17	3,01	2,49	0,75
1962	59,63	28,02	7,68	3,14	2,80	0,70
1963	60,64	29,68	7,59	3,14	2,69	0,71
1964	61,51	29,30	7,71	3,36	2,76	0,63
1965	61,82	29,10	7,44	3,44	2,84	0,63

Años	Organos Digestivos	Estómago	I. Grueso excep. recto	Recto	Esófago	I. Delgado
1966	60,46	28,54	7,48	2,96	2,93	0,60
1967	62,85	28,43	7,83	3,37	2,74	0,67
1968	58,92	27,14	7,59	3,67	3,24	0,67
1969	60,80	27,11	8,12	3,64	3,24	0,72
1970	61,18	27,09	7,58	3,81	3,37	0,81
1971	61,66	26,83	8,17	4,03	3,56	0,74
1972	60,50	26,28	8,28	3,95	3,39	0,52
1973	61,93	26,27	8,81	4,22	3,44	0,36
1974	61,93	24,99	9,06	4,58	3,79	0,33
1975	61,73	24,82	8,81	4,77	3,74	0,38
1976	60,16	23,67	8,69	4,83	3,87	0,36
1977	59,38	22,68	9,21	4,95	3,83	0,35
1978	59,48	22,03	9,33	4,89	3,87	0,34

Dentro de las neoplasias del aparato digestivo el intestino delgado ocupa el último lugar y constituye solo un 1,12% de la mortalidad.

De todos los fallecidos por tumoraciones malignas del aparato digestivo, el 46,45% lo fueron por malignoma gástrico. Es la neoplasia digestiva más frecuente en nuestro país. En cuanto a la presentación en uno y otro sexo la mortalidad es una vez y media más frecuente en los varones. Las tasas medias son 29,91 para el hombre y 21,80 para la mujer. Por el contrario, como sabemos, para el intestino delgado la mujer presenta una mortalidad mayor, con una relación varón-mujer de 0,82 como valor medio.

En la etiología de ambos tumores, son importantes los factores dietéticos, aunque en el cáncer gástrico, se habla en general de causas de origen ambiental: alimentación, tóxicos, etc., evidenciándose además una dependencia de nivel socioeconómico; factor con el cual no se ha encontrado una relación específica en el caso de tumores de intestino delgado.

En cuanto a la mortalidad por tumor maligno de intestino grueso, supone un 17,88% de los cánceres de órganos digestivos, si consideramos incluido el recto.

La contribución de los malignomas de recto en el total del intestino grueso, es un 30%; y debido a que posee características especiales en cuanto a frecuencia, y distribución según el sexo, constituye un apartado diferente. Con respecto al total de neoplasias digestivas representa un 5,9%. Es mayor la mortalidad en el hombre que en la mujer, y en esto se separa del comportamiento seguido por el cáncer de intestino, tanto grueso como delgado, en los que la mujer presenta mayor número de defunciones.

Durante los años estudiados, 1951 a 1978, la mortalidad ha aumentado para el intestino grueso y para el recto, y la tendencia al ascenso se ha mantenido durante todo el período. Para este último cáncer, el número de defunciones se ha multiplicado por cuatro, y para el primero, el número de muertes es tres veces mayor en el año 1978 que en el 1951, con una variación en las tasas de 3,81 a 9,33. Este aumento de la mortalidad contrasta con la disminución experimentada por el cáncer de intestino delgado.

En cuanto a las causas que determinan la aparición de estos tumores, son comunes para los cánceres de intestino y recto. Las hipótesis desarrolladas relacionan la mortalidad por este tipo de neoplasmas con los carcinógenos formados en el intestino por acción de las bacterias sobre ácidos y sobre ciertos componentes de la dieta.

El tumor maligno de esófago representa un 4,78% de las neoplasias digestivas. En todo el período estudiado, la mortalidad ha aumentado de forma continua. En el año 1951, la tasa era de 1,28 y alcanza en el año 1978 un valor de 3,87.

Es mayor la mortalidad producida por este tumor que la debida al cáncer de intestino delgado, pero cuando se considera todo el intestino excepto el recto, como es frecuente encontrar en la bibliografía, el cáncer intestinal se sitúa muy por encima del esofágico. Es debido a que el cáncer de intestino grueso, especialmente de colon, es responsable de unas tasas altas de mortalidad, a diferencia de lo que ocurre para el intestino delgado.

La tasa de mortalidad en el cáncer de esófago es mucho más elevada en el varón, casi tres veces y media mayor que en la mujer. La edad de inicio de la mortalidad presenta un evidente retraso en la mujer con relación al hombre. Esta diferencia no se observa para la mortalidad por cáncer de intestino delgado.

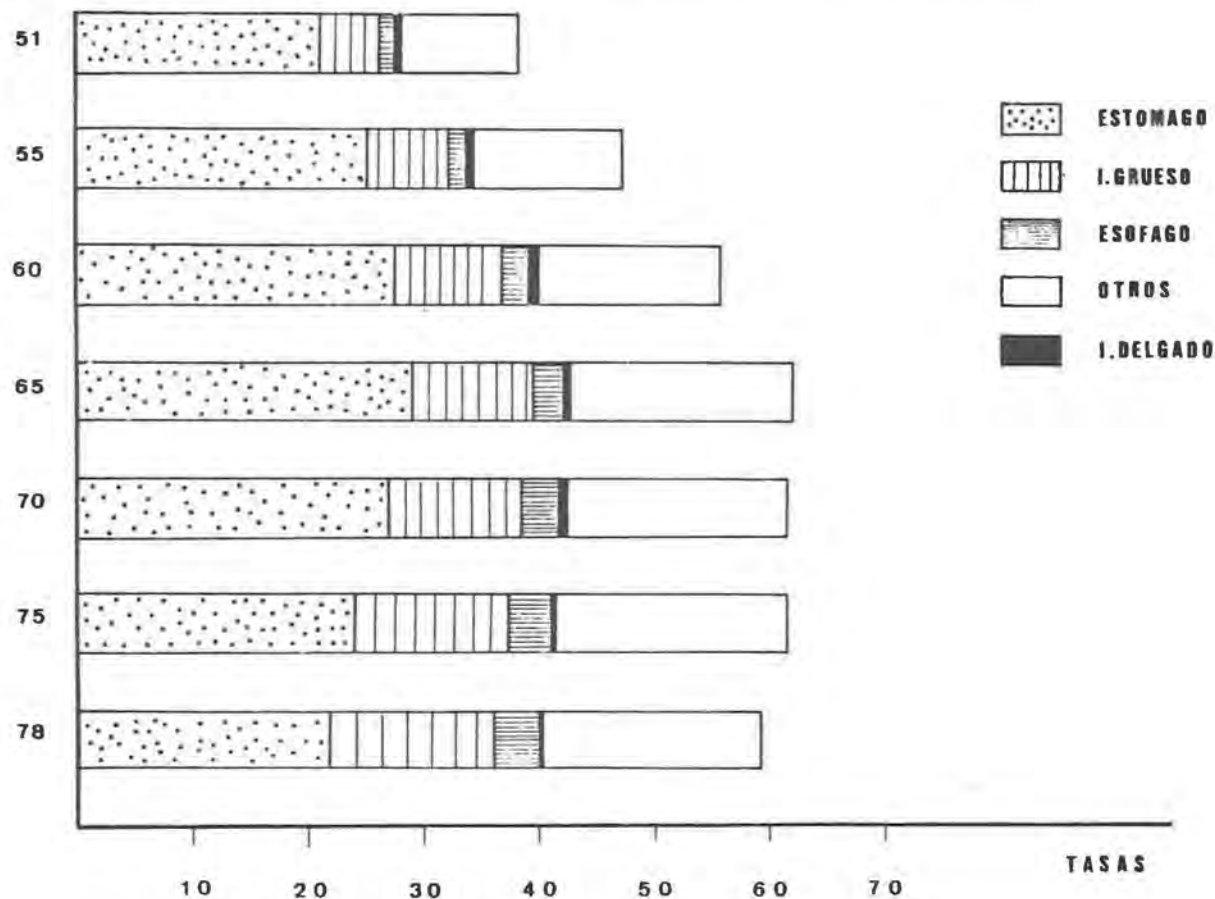
Se señalan como factores responsables el alcohol y el tabaco, aunque también se han apuntado como agentes etiológicos: té muy caliente, malnutrición, pescado, nuez de betel, etc.

Cabe señalar también, respecto a este tumor, que el índice de supervivencia es muy pequeño, por lo que los valores dados de mortalidad, son semejantes a los de incidencia.

En la gráfica 3 podemos observar la frecuencia relativa de la mortalidad por tumor maligno de distintas localizaciones del aparato digestivo (Gráfica 3).

Es interesante comparar la mortalidad por cáncer de intestino delgado con la mortalidad tumoral total. Esta última ha aumentado en nuestro país en los últimos años, como ocurre en otros muchos de igual o superior desarrollo. La línea de tendencia presenta un ascenso acusado y constante, pasando en los veintiocho años analizados, de una tasa de 89,95 para el

GRAFICA 3: MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO.—TASAS POR 100.000 Hb.



primero de ellos a una de 152,07 para 1978. Este aumento puede estar influenciado por situaciones como la elevación del nivel socioeconómico, que origina el que un mayor número de ciudadanos alcancen la edad de fallecer por cáncer. Antes, la esperanza de vida era menor, y se fallecía a edades más tempranas por enfermedades que hoy son curables. También la mayor disponibilidad de medios de diagnóstico instrumentales es causa de que un número creciente de individuos fallecidos sean incluidos en el epígrafe de cáncer.

No se ha encontrado una razón clara que explique la disminución de la mortalidad para el tumor maligno de intestino delgado. Este representaba en 1951 un 0,66% de la mortalidad tumoral y solo un 0,22% en 1978.

Comparación Internacional.

En el presente estudio nos hemos encontrado con un problema fundamental, que es la falta de datos internacionales sobre la mortalidad por tumor maligno de intestino delgado. El cáncer de intestino delgado, presenta como sabemos, una mortalidad muy baja; y creemos que ésta es la causa de que los datos disponibles sobre este tipo de tumor sean escasos. Por esta razón, los valores de mortalidad considerados, tanto para España como para el resto de los países, se refieren no exclusivamente al intestino delgado, sino a la unión de éste con las distintas porciones del intestino grueso, excluyendo el recto.

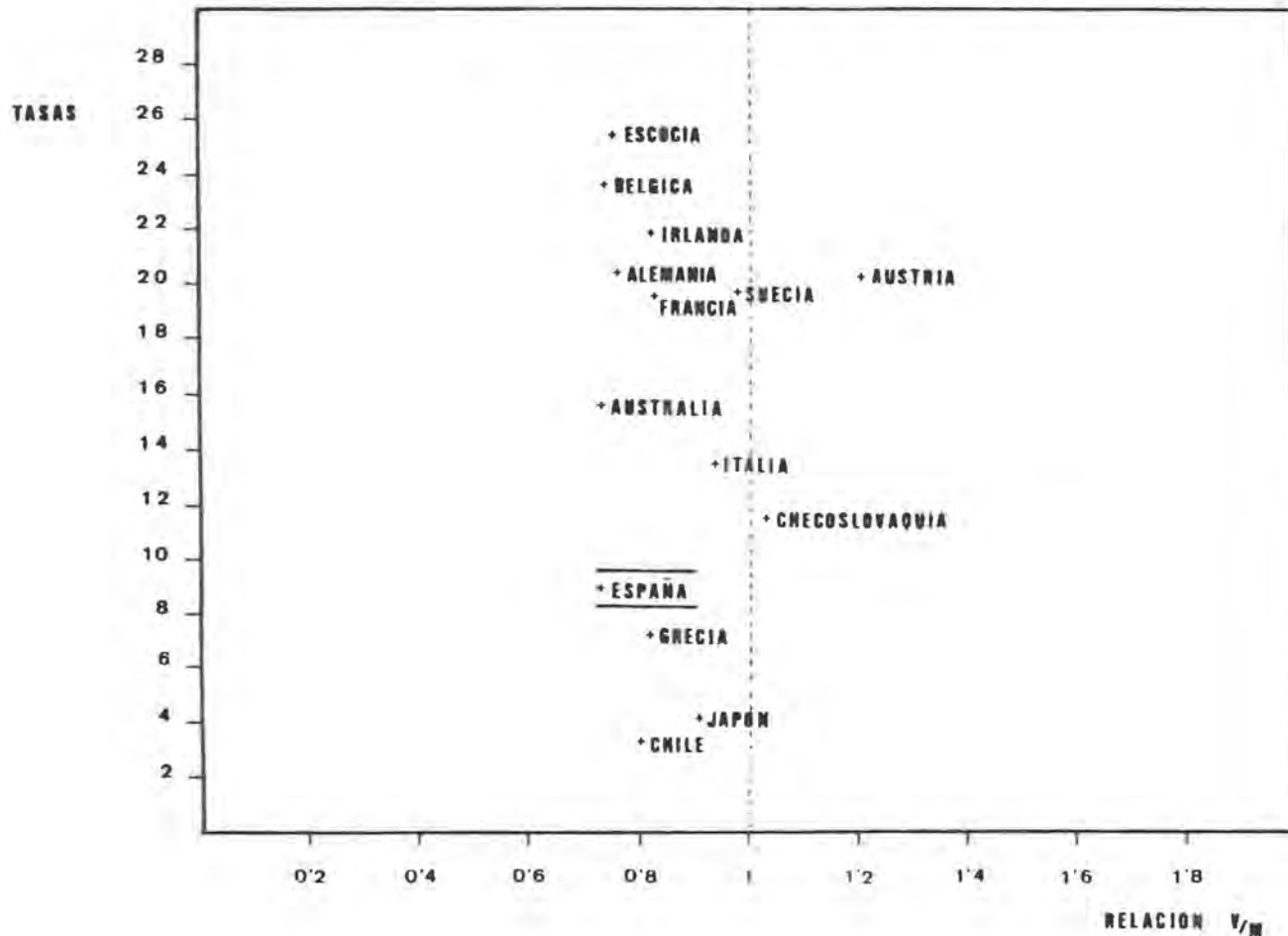
El hecho de incluir en el estudio de la mortalidad parte del intestino grueso, puede hacer variar las consideraciones en cuanto a tendencia y distribución según edad y sexo. Sin embargo, se considera de poca importancia esta unión; al contrario de lo que ocurre con el cáncer de recto y unión rectosigmoide, que presenta una mortalidad alta y un comportamiento diferente al resto del intestino.

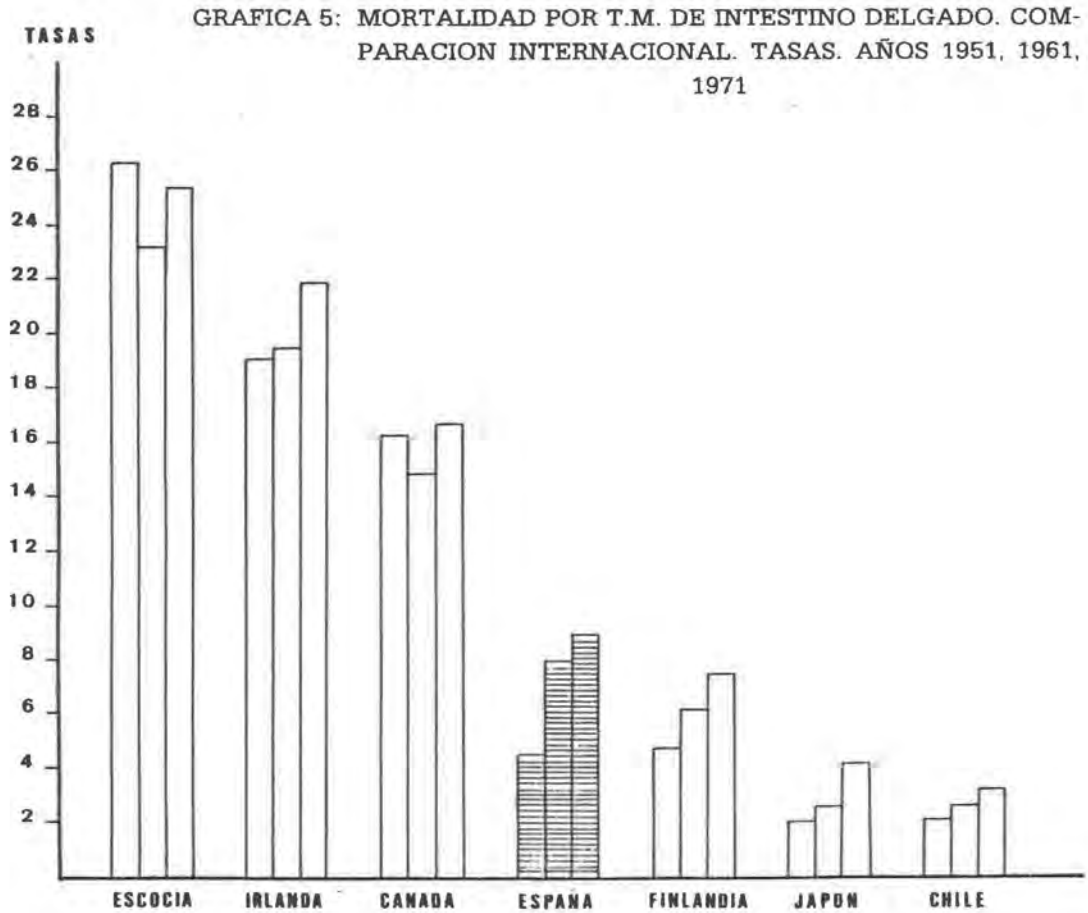
Según recoge la Organización Mundial de la Salud, a pesar de las diferencias en el tipo de tumor de las dos localizaciones, se sigue la práctica habitual de combinar el cáncer de intestino delgado (I.C.D. 152) y el cáncer de intestino grueso, excepto recto y unión rectosigmoide (I.C.D. 153).

En nuestro análisis hemos encontrado que España ocupa un lugar intermedio-bajo en la mortalidad por cáncer de intestino. En el año 1971, la tasa por 100.000 habitantes en nuestro país era 8,9, situada muy por debajo de lugares como Irlanda y Escocia, cuyas tasas fueron 21,8 y 25,4 respectivamente, y por encima de países como Japón y Chile, con valores de 4,2 y 3,2.

Las tasas más altas se presentan en Irlanda, Escocia, Bélgica y otros países del norte y oeste de Europa; y los más bajos corresponden a Japón,

GRAFICA 4: MORTALIDAD POR T.M. DE INTESTINO DELGADO. COM-
PARACION INTERNACIONAL. RELACION V/M. TASAS.
AÑO 1971





Singapur, Hong-Kong, Chile, Finlandia e Israel. Es posible que factores dietéticos, tales como un consumo alto de proteínas y especialmente de carne, estén relacionados con la mortalidad por cáncer de intestino; sin embargo, las hipótesis sostenidas al respecto no han sido confirmadas.

En cuanto a la relación varón-mujer, en España era de 0,73 en el año 1971, lo que indica una mortalidad superior en la mujer, similar a lo que sucede en países como Bélgica, Australia y Alemania. En general el cáncer de intestino produce una mortalidad equivalente entre hombre y mujer, si consideramos el conjunto mundial, pero hay diferencias entre un país y otro. Por ejemplo, en Australia la relación es 1,24, mientras que en Chile es 0,80 (Gráfica 4).

La evolución de la mortalidad por cáncer de intestino en España, obtenida mediante tasas brutas por 100.000 habitantes para los años 1951, 1961 y 1971, indican un aumento discreto de la misma. Este hecho no se opone a lo observado para la mortalidad por tumor maligno de intestino delgado; pues aunque la tendencia general era descendente, se manifestaba de forma clara a partir de 1971, que es el último año del que tenemos datos del intestino, excepto recto (Gráfica 5).

En el resto de los países las tendencias son dispares, y las hipótesis existentes sobre factores dietéticos implicados en la aparición de este tipo de cáncer en diferentes áreas geográficas, no explican totalmente las tendencias contradictorias entre países, y entre uno y otro sexo.

RESUMEN

Se analiza en este trabajo la mortalidad por tumor maligno de intestino delgado en España. Su distribución según edad y sexo y la evolución seguida en un período determinado (1951-1978); comparando también su importancia respecto a otras neoplasias gastrointestinales, y situando a España en el contexto internacional.

RESUME

On a fait un étude sur la mortalité par tumeur maligne de l'intestin grêle en Espagne. La distribution selon âge et sexe et l'évolution suivie pendant un période déterminé (1951-1978) en comparant aussi son importance en relation avec d'autres neoplasmes gastrointestinales et en situant l'Espagne dans le contexte internationale.

SUMMARY

In this paper a study of the mortality due to malignant neoplasia of the small intestine in Spain, its distribution according to age and sex and the evolution during a precise period (1952-1978), is undertaken comparing also its importance in relation to other gastrointestinal neoplasia and considering Spain in the international context.

La meningitis meningocócica en Guipúzcoa durante los años 1973-82

Barranquero, M.*

Gorritxo, B.*

Goiriena de Gandarias, J.*

La evolución de la Meningitis meningocócica en la provincia de Guipúzcoa ha atravesado por una serie de etapas desde el año 1951, que se han caracterizado porque en un primer período la tasa de morbilidad no superaba el 2/100.000. Esta etapa es la comprendida entre 1951-1962. A continuación se asiste a un ascenso brusco en los años 1963 y 64, con tasas de más de 19/100.000. En los años sucesivos hay un descenso en las tasas hasta alcanzar en 1967 un valor inferior a 2/100.000 y se puede decir que en esta misma situación se ha mantenido hasta 1970, año en el que nuevamente se asiste a un ascenso, siendo la tasa alrededor del 6/100.000, como continuación en los años sucesivos esta tasa sigue subiendo y en 1971, 72 y 73 superan los 17/100.000.

La tasa de letalidad ha tenido una tendencia descendente, generada sobre todo por la mejora en la calidad y rapidez de la asistencia y porque al darse un número mayor de casos, el sanitario y el sistema sanitario estaban en alerta frente a esta patología. A pesar de esta evolución favorable, al principio de nuestro estudio las tasas seguían siendo muy altas. La evolución del desarrollo de las tasas de letalidad estuvo en torno al 33% en 1962, en 1967 en un 37,5%, mientras que en 1972 se redujeron al 19,62% y en 1973 al 17,24%, es decir, prácticamente a la mitad de los años 60.

La explicación al ascenso en las tasas de morbilidad de la meningitis meningocócica desde el punto de vista epidemiológico, no está de momento

* Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina del País Vasco.

establecida, ya que si bien en Guipúzcoa se halla en una zona donde las tasas de meningitis son elevadas por lo general (la cornisa cantábrica), sin embargo, esta distribución tampoco es homogénea, ya que es bastante fácil observar que en la misma provincia de Guipúzcoa hay comarcas de tasas altas, mientras que en otras las tasas son bastante semejantes a la media del estado.

El desarrollo de la tasa de letalidad es más explicable. En primer lugar, el médico se ha acostumbrado a pensar en la posibilidad de la meningitis, ya que si bien antes era algo extraño, hoy se trata de una enfermedad frecuente. Al mismo tiempo, la población también ha alcanzado un mayor grado de sensibilización, lo que ha provocado una demanda más rápida de los servicios sanitarios, hecho que favorece el diagnóstico y el tratamiento precoz dando lugar al mismo tiempo a una mejora en el pronóstico del enfermo.

También conviene reseñar que el incremento de los servicios sanitarios y de sus dotaciones en esta provincia han contribuido al descenso de la tasa de letalidad.

MATERIAL Y METODOS

Se ha estudiado la evolución de la Meningitis meningocócica durante un período de 10 años (1973-1982) en la provincia de Guipúzcoa, para ello se ha contado con los partes de declaración de esta enfermedad. En principio estudiamos las tasas de Morbilidad y Letalidad a lo largo de estos 10 años, para pasar posteriormente a efectuar un análisis de la distribución de estas tasas en función de la distancia a la costa. Para ello se divide la provincia en 4 zonas, una que es la costa propiamente dicha y otras tres zonas que se corresponden con la partición de la provincia atendiendo a la distancia desde la costa hasta el punto más alejado de ella; con estos tres cortes nos quedan las tres zonas señaladas más la costera. También se han agrupado los casos por comarcas y por núcleos de población de menos de 2.000 habitantes, de 2.000 a 8.000, de 8.000 a 18.000, de 18.000 a 30.000, de 30.000 a 60.000 y más de 60.000, habiéndose constatado que el único municipio de más de 60.000 habitantes es Donostia. En todos los casos se han estudiado las tasas de Morbilidad, Mortalidad y Letalidad.

La evolución de la Meningitis meningocócica en Guipúzcoa se ha caracterizado por un ascenso en la tasa de morbilidad hasta alcanzar su punto máximo en los años 1978 y 1979, a partir de este momento las tasas descienden hasta que ya en 1982 son inferiores a la mitad de las de los años 1978 y 1979.

Paralelamente también se puede observar que la tasa de letalidad ha ido descendiendo paulatinamente durante los 10 últimos años, hasta ser este año 1982 unas tres veces menor que en 1973. No obstante hay que señalar que todavía la tasa de letalidad es demasiado elevada.

EVOLUCIÓN DE LA MENINGITIS EN GUIPUZCOA 1973-1982

Año	Núm. casos	%	Núm. de defunciones	Letalidad %	Población
1973	115	17,37	20	17,39	661.911
1974	106	15,77	15	14,15	672.214
1975	81	11,87	12	14,81	682.517
1976	112	16,29	16	14,28	687.465
1977	149	21,53	12	8,05	692.102
1978	286	41,19	24	8,39	694.294
1979	242	34,86	23	9,50	
1980	191	27,55	19	9,94	
1981	145	20,92	11	7,59	
1982	119	17,11	6	5,04	

La división de Guipúzcoa en 4 zonas nos permite estudiar la posible relación que puede haber entre costa y casos de meningitis, para ello hemos diferenciado una primera zona que sería costera solamente y que incluye las poblaciones de:

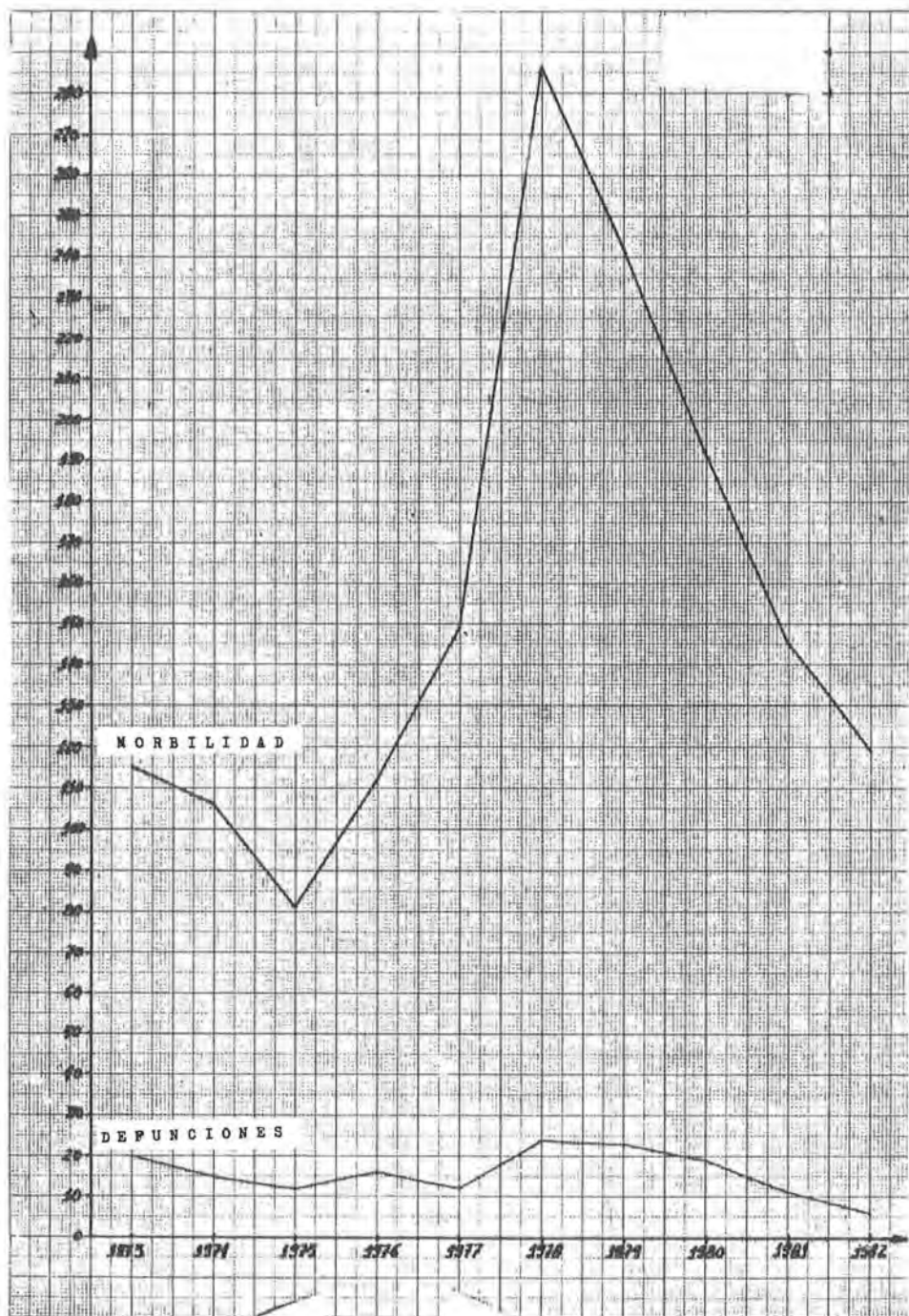
- Deba
- Hondarribia
- Getaria
- Lezo
- Mutriku
- Orio
- Pasaia
- Donostia
- Zarautz
- Zumaia

Una segunda zona que incluye las poblaciones de:

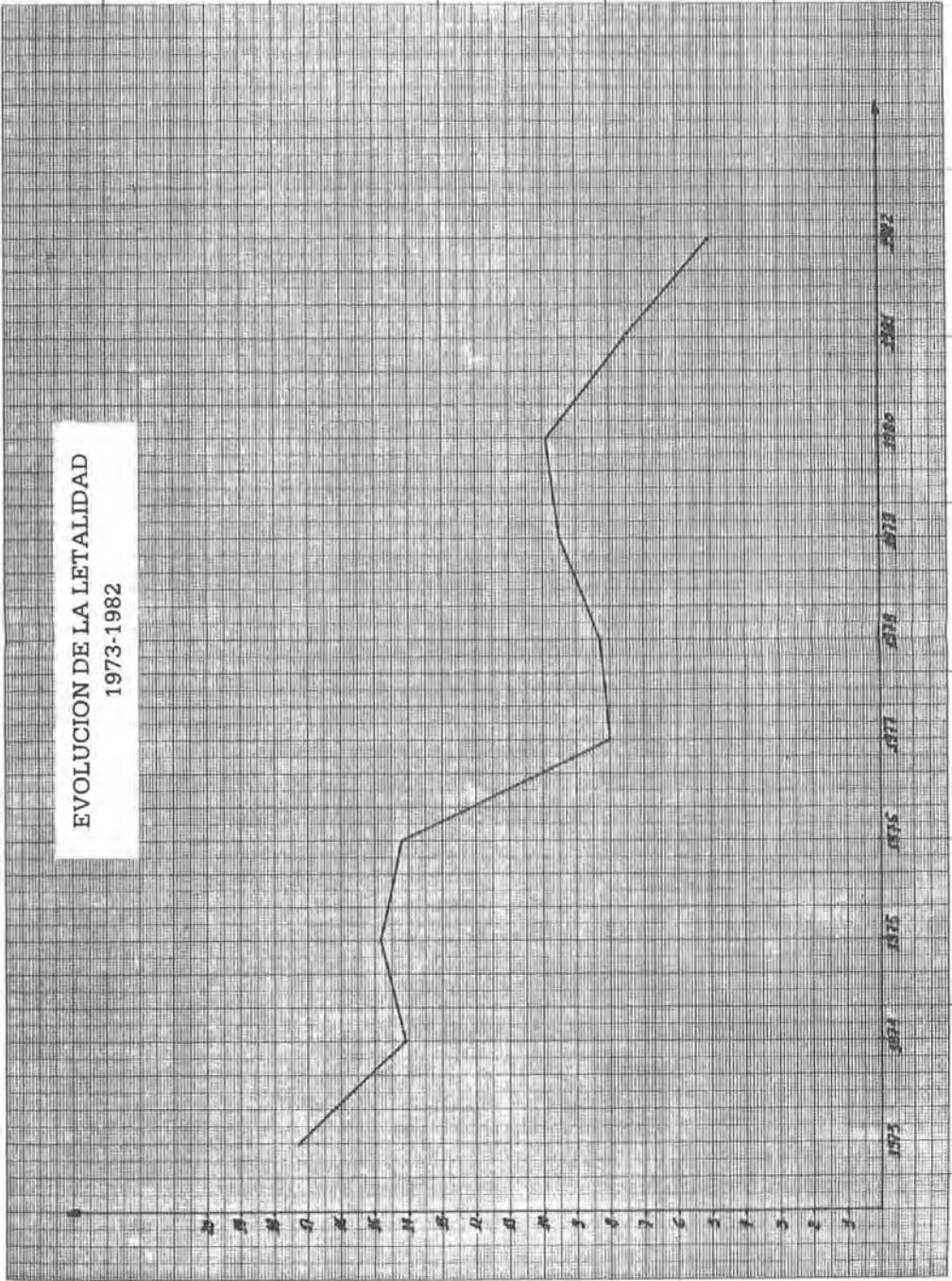
- Aduna
- Aizarnazabal
- Andoain
- Asteasu
- Aia
- Azkoitia
- Azpeitia
- Elgoibar
- Errenteria
- Errezil
- Hernani
- Irún
- Oiartzun
- Urnieta
- Usurbil
- Zestoa
- Zizurkil

Una tercera zona que incluye las poblaciones de:

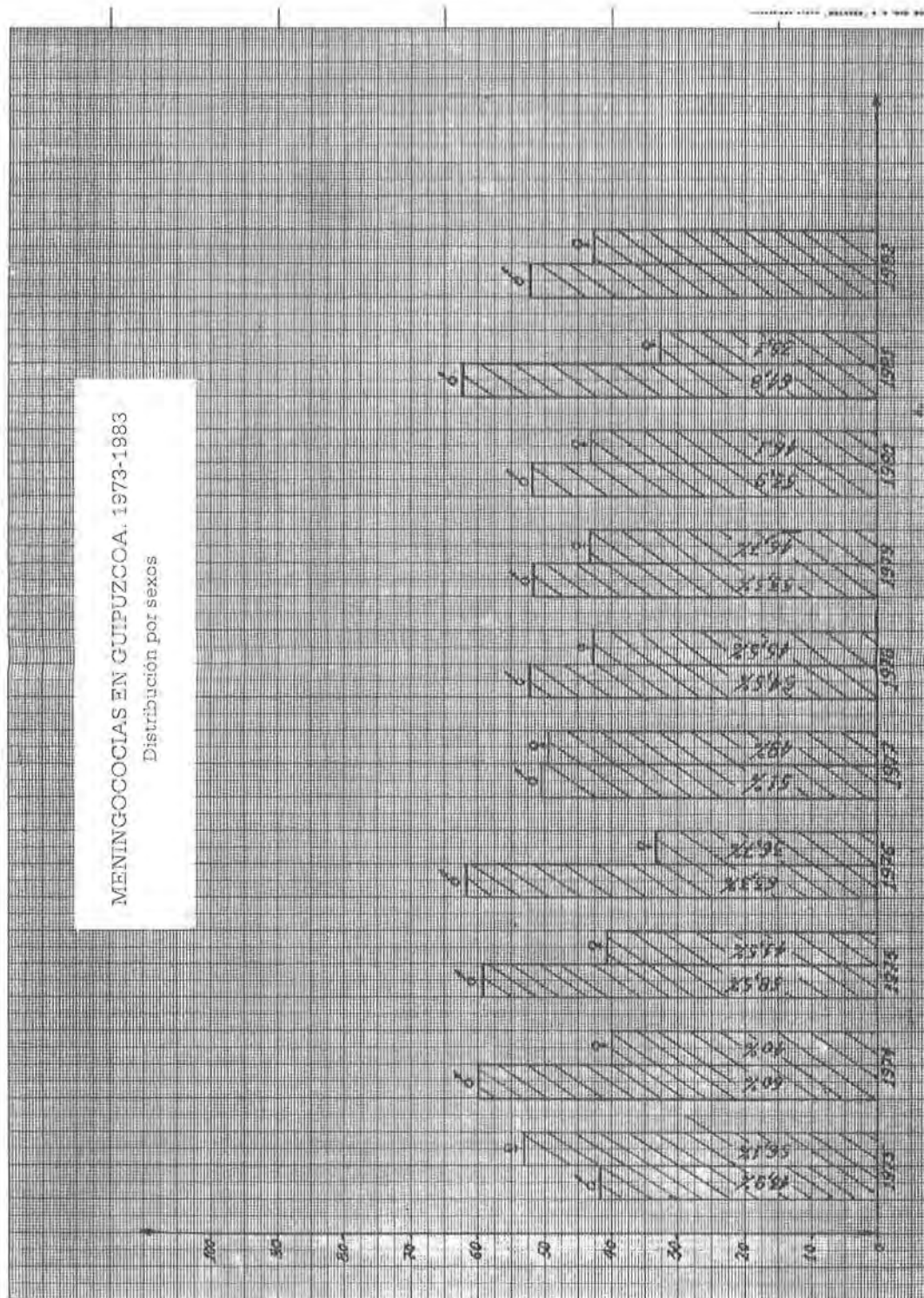
- Albiztur
- Alegia
- Alkiza
- Altzo
- Belauntza
- Berastegui
- Bergara
- Berrobi
- Elgeta
- Ezkio-Itsaso
- Hernialde
- Ibarra
- Leaburu-Gaztelu
- Legorreta
- Lizartza
- Oretxa



EVOLUCION DE LA LETALIDAD
1973-1982



MENINGOCOCIAS EN GUIPUZCOA. 1973-1983
Distribución por sexos



- Amezketta - Bidegoian - Iruerriera - Soraluze
- Anoeta - Billabona - Irura - Tolosa
- Antzuola - Eibar - Itsasondo - Urretxu
- Beizama - Elduain - Larraul - Zumárraga

Una cuarta zona que incluye las poblaciones de:

- Abaltzisketa - Eskoriatza - Legazpi - Segura
- Arama - Gabiria - Mutiloa - Zaldibia
- Aretxabaleta - Gaintza - Olaberria - Zegama
- Arrasate - Gatzaga - Oñati - Zerain
- Ataun - Idiazabal - Ordizia
- Beasain - Lazkao - Ormaiztegi

DISTRIBUCION DE LA MENINGITIS EN FUNCION DE LA DISTANCIA A LA COSTA

Zona	Núm. habitantes	N. casos	%	Núm. muertos	Letalidad	Mortalidad
1ª	249.342	631	25,31	62	9,82	24,86
2ª	220.511	542	24,57	56	10,33	25,39
3ª	127.023	220	17,31	25	11,36	19,58
4ª	96.210	156	16,21	21	13,46	21,83
	692.986	1.549	22,35	164	10,59	23,66

Lo más significativo en este cuadro es la diferencia que existe entre las zonas 1 y 2 y las 3 y 4 con respecto a la tasa de morbilidad. Las dos primeras zonas, que son las más próximas a la costa, presentan tasas altas de morbilidad, en cambio, las zonas 3 y 4 que son las más alejadas de la costa ofrecen tasas muy inferiores, casi de un 35% menos. La tasa de letalidad de la zona costera, sin embargo, es muy inferior a la de la zona 4.

Las tasas de morbilidad más bajas se dan en las comarcas del Alto Deba y Bajo Deba, con cifras cercanas a la mitad de las que nos encontramos en las comarcas de Bidasoa y Donosti.

Las tasas de letalidad y mortalidad siguen siendo bajas en la comarca del Bajo Deba, en cambio, en la comarca del Alto Deba, estos dos parámetros ya se hallan elevados.

Las comarcas del Bidasoa y Donosti también ofrecen tasas de letalidad bajas, en contraste con lo que ocurre en la comarca del Gohierri con tasas de mortalidad y letalidad muy altas por esta causa.

Puede apreciarse que la tasa de mortalidad es superior al 24% en tres grupos de poblaciones; los de menos de 2.000 habitantes, de 2.000 a 8.000 y de 18.000 a 30.000. En contraste con esto, las tasas de letalidad menores se dan en los dos extremos: en los pueblos menores de 2.000 habitantes y en las poblaciones de 30.000 a 60.000 y más de 60.000 habitantes, Quizás

DISTRIBUCION DE LA MENINGITIS POR COMARCAS

Comarcas	Núm. habitantes	Núm. casos	%	Núm. muertos	Letalidad %	Mortalidad
Bajo Deba	65.815	84	12,76	3	3,57	4,56
Alto Deba	67.754	91	13,72	15	16,48	22,14
Gohierri	93.875	217	23,11	31	14,28	33,02
Tolosa	62.821	142	22,6	16	11,27	25,47
Donosti	259.924	639	24,58	63	9,86	24,24
Bidasoa	144.239	376	26,06	36	9,57	24,96
	692.986	1.549	22,35	164	10,59	23,66

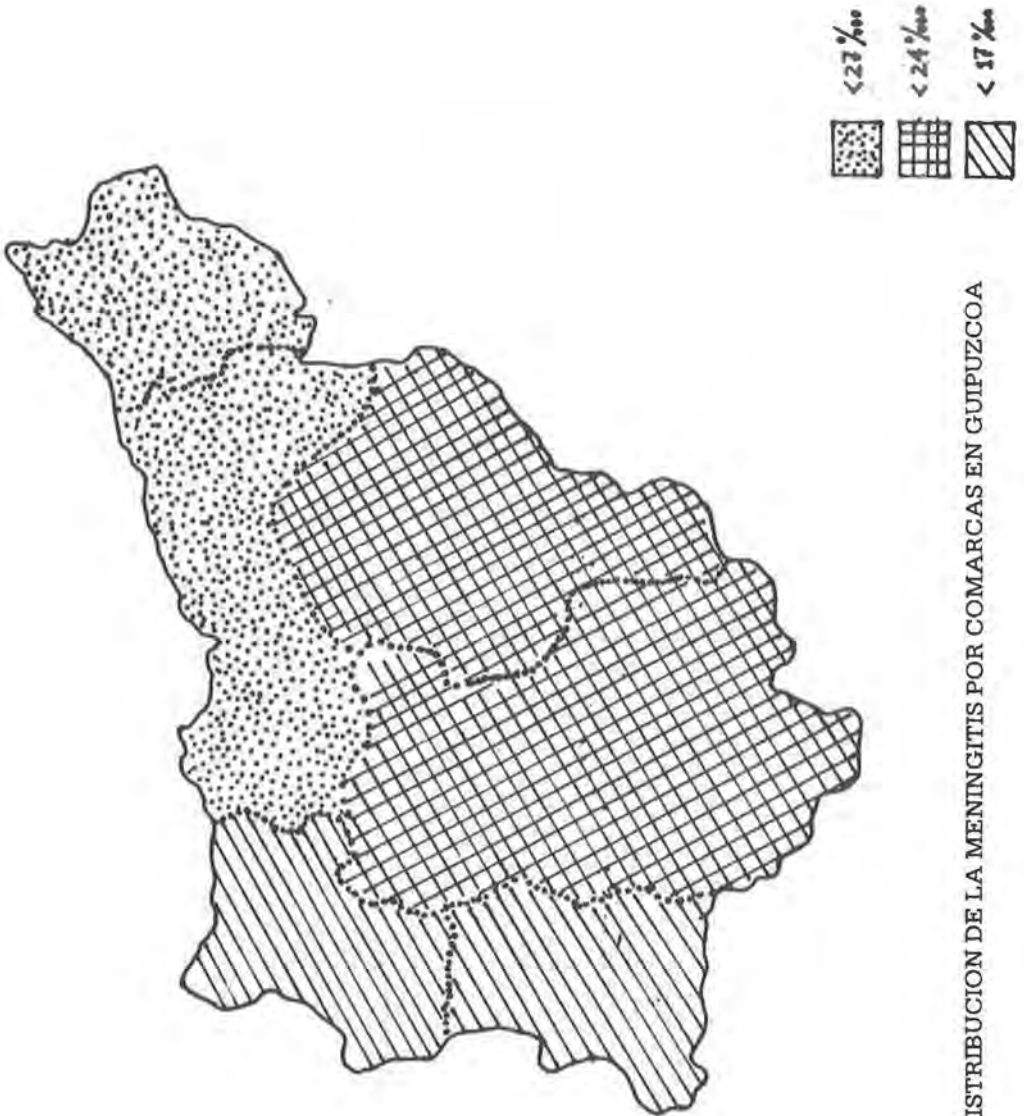
DISTRIBUCION DE LA MENINGITIS POR NUM. DE HABITANTES DE LA LOCALIDAD

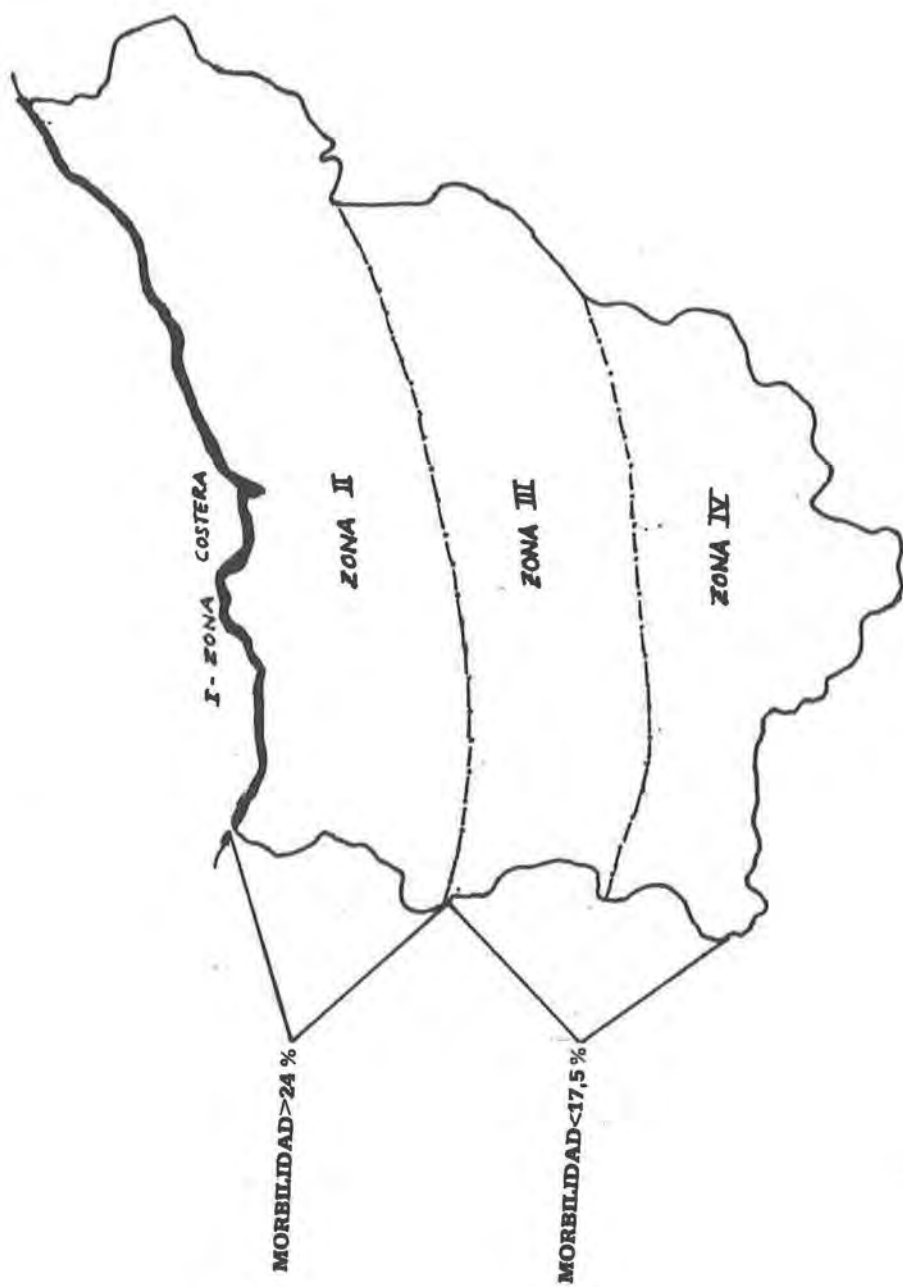
Población Habitantes	Total de habitantes	Núm. casos	%	Núm. muertos	Letalidad %	Mortalidad
Menos de 2000	31.829	79	24,82	6	7,59	18,85
De 2000-8000	91.137	221	24,24	27	12,21	29,62
De 8000-18000	162.803	367	22,54	53	14,44	32,55
De 18000-30000	65.635	164	24,98	24	14,63	36,56
De 30000-60000	166.006	379	22,83	23	6,06	13,85
Más de 60000	175.576	339	19,31	31	9,14	17,66
	692.986	1.549	22,35	164	10,59	23,66

aquí convenga detenerse en el hecho de que pese a que los pueblos pequeños poseen una menor infraestructura, la tasa de letalidad es relativamente baja en comparación con otros núcleos mayores (casi la mitad). Esto podría ser debido a las condiciones sociales y a una mayor educación sanitaria de esta población autóctona.

RESUMEN

El estudio de la tasa de morbilidad muestra un ascenso en torno a los años 1978 y 1979 para asistir a un descenso hasta llegar en 1982 a una tasa que es la mitad de la de los años 1978 y 1979. La letalidad también ha descendido, pero todavía se mantiene alta. Un hecho que contrasta son las altas tasas de morbilidad en estos 10 años de las zonas cercanas a la costa, en relación a las más alejadas. Mientras que la tasa de letalidad es más baja en la costa que en la zona más interior.





COMARCAS DE GUIPUZCOA



Por comarcas, las tasas más bajas de morbilidad son el Alto y Bajo Deba y la de más elevada morbilidad la del Bidasoa.

Otro dato que llama la atención es la baja letalidad en núcleos de menos de 2.000 habitantes en relación a 30.000 habitantes que teóricamente deben disponer de más servicios sanitarios.

RESUME

L'étude du taux de morbidité montre une augmentation autour les années 1978 et 1979 pour montrer un descente jusqu'un taux dans 1982 qui est la moitié de celle des années 1978 et 1979. La letalité a descendue aussi mais elle reste encore haute. Un fait qui contraste sont les taux élevées de morbidité dans ces 10 ans dans les aires prochaines à la côte, en relation avec les plus éloignées. Tandis que le taux de letalité est plus basse a la côte que a l'intérieur. Par regions, les taux plus élevés sont l'Haut et le Bas Deba et la morbidité la plus haute est celle du Bidasoa. Un autre donné qui attire l'attention est la basse letalité dans les noyaux de moins de 2.000 habitants en relation á ceux de 30.000 habitants qui théoriquement doivent avoir plus de services sanitaires.

SUMMARY

The study of the morbidity rate shows an increase around the years 1978 and 1979 and afterwards a decrease to arrive in 1982 to a rate that is half of that of the years 1978 and 1979. The letality rate has also decreased but is still high. A fact that contrasts is the high morbidity rates in these 10 years in the areas near the coast, in relation with the more distant ones, while the letality rate is smaller in the coast than in the inland area. The regions with the lowest morbidity are the High and the Low Deba and that with the highest morbidity rate is Bidasoa. Another datum that surprises is the low letality in villages with less than 2.000 inhabitants in relation with those of 30.000 inhabitants which in theory, must have more health services.

BIBLIOGRAFIA

1. Boletín Epidemiológico semanal. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Años: 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981 y 1982.
2. CORTES MAJO, M. BOLUMAR, F. SOLANO PARES, A., GARRUCHO, G., RUIZ PELAEZ, M. NAJERA, E. Estudio epidemiológico de las meningitis en Andalucía 1956-1979. *Rev. de San. e Hig. Pub.* LV, 3-4, 1981.
3. FADON, A: «Experiencia de cinco campañas de detección de portadores nasofaríngeos de meningococo (1971-72 a 1974-75) en relación con la última epidemia de meningococia. efectuadas en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas» *Rev. San. Hig. Pub.* 50, 507-521 (1976).
4. FRASCH, C.E. CHAPMAN, S.S.: «Classification of *N. meningitidis* group B into distinct serotypes. III. Applications of a new bactericidal inhibition technique to distribution of serotypes among cases and carriers». *J. Infect. Dis.*, 127: 149-154 (1973).

5. GALAZKA, A.: «Les Meningococies et leur prevention par les vaccins antimeningocociques polysidiques». *Bull. de l'org. mond. Sant* 60 (3) 305-312 (1982).
6. GOIRIENA DE GANDARIAS, J. PONTON, J.: «Estudio de los diferentes aerogrupos de *Neisseria meningitidis* en enfermos y población normal». *Rev. San. Hig. Pub.* 53: 1.395-1.402, 1979.
7. MEZQUITA LOPEZ, M.; NAJERA MORRONDO, E. y PEREZ GALLARDO, F.: «La epidemiología en la práctica médica». *Tribuna Médica*, 5: 4-24 (1974).
8. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: «Lucha contra la meningitis cerebroespinal». Serie de Informes Técnicos, núm. 588 (1976).
9. PEREZ TRALLERO, E. PEREZ YARZA, E., RUIZ BENITO, C., y MUÑOZ BAROSA, I. Profilaxis Meningocócica. *Medicina Clínica*. Volumen 73, núm. 9, Noviembre 1979.
10. SECULI PALACIOS, J.L. y MARTINEZ RUBIO, R. M^a. Meningitis de la infancia. Parte 2^a: Las Meningitis purulentas. Publicaciones científicas Alter, Volumen XIX, núm. 4, Octubre-Noviembre 1980.
11. SERRE-BOISSEAU, F.: «La meningitis a meningococos en France de 1968 a 1972». *Bull. W.H.O.*, 48: 675-683 (1973).
12. TOJO SIERRA, R. y GESTAL OTERO, J.J. Enfermedad meningocócica en Galicia. *Tribuna Médica*, núm. 897, 8 de mayo de 1981.
13. VEDROS, N.A.: «Serology of meningococcus» en *Methods in Microbiology*, 10: 293-314, Academic Press., N.Y. (1978).

Estudio comparativo de la flora bacteriana aerobia, indicadora de contaminación, de embalses del Río Lozoya

Alonso-Pastor del Coso, Fernando y
Rodríguez de Lecea, Josefina *

INTRODUCCION

El río Lozoya discurre por el vértice norte de la provincia de Madrid por la forma que le confiere la Sierra de Guadarrama. El aporte principal de agua es el procedente del deshielo de la nieve acumulada durante el invierno en estas cumbres de alrededor de 2.000 m. de altitud, por cuyas faldas discurren los arroyos que alimentan al río.

Es, toda la cuenca del río, una zona de gran importancia como lugar de recreo y segunda residencia para la población madrileña, lo que condiciona bruscos aumentos de la población humana en fechas festivas y en la época estival, no sólo en los núcleos urbanos sino también en los numerosos puntos de la cuenca en que se puede realizar acampada más o menos controlada. También es importante la práctica de la ganadería, que cuenta con alrededor de 10.000 cabezas de vacuno y que supera esta cifra en cabezas de ovino; es, sin embargo, muy poco importante la actividad agrícola dado el escaso suelo de que se dispone por la accidentada geografía local. Por ello, es especialmente importante la contaminación de las aguas por residuos urbanos (que se realizan en la inmensa mayoría de los pueblos sin ningún tipo de tratamiento) y por fuentes difusas, a partir de la población humana no

* Laboratorio de Microbiología, Colegio Universitario Integrado «Arcos de Jalón» de la Universidad Complutense de Madrid.

asentada en núcleos urbanos y por gran parte del ganado vacuno que pasta libremente por la cuenca alta desde primavera a finales de otoño.

A lo largo del río Lozoya se encuentran, escalonadas, las instalaciones del Canal de Isabel II, que se han ido estableciendo para el aprovechamiento de las aguas, desde 1851 hasta 1971. Entre estas instalaciones destacan cinco embalses en actual uso cuyas características principales son las siguientes:

Embalse	Altura		Capac. (hm ³)	Superf.		Prof. media (m)	Caract. trofic.
	Altitud. (m)	presa (m)		max. (ha)			
Pinilla	1.090	28,80	37,5	471	8,61	Eutrófico	
Riosequillo	1.010	50	48,5	311	14,83	Eutrófico	
Ptes. Viejas	955	60,10	50,7	311	17,40	Eutrófico	
El Villar	905	43	22,5	169	15,50	Eutrófico	
El Atazar	870	115	425,7	1.200	40,00	Oligotrófico	

De estos cinco embalses hemos realizado el estudio microbiológico de tres de ellos, que son los embalses de Pinilla, Riosequillo y El Atazar.

MATERIALES Y METODOS

Las muestras fueron tomadas en los tres embalses en idénticas condiciones, a aproximadamente 1 m. de la orilla a 20 cm. bajo la superficie y a unos 50-80 m. de la presa. El período de muestreo fué desde Enero de 1981 hasta Enero de 1982 con una periodicidad aproximadamente mensual.

Se realizó la medición de temperatura y color del agua, pH y los recuentos de heterótrofos totales con crecimiento a 22°C durante 5 días, a 37°C durante 48 horas y a 5°C durante un mínimo de 5 días todos ellos en placa con medio Agar Peptona -Extracto de Levadura; de coliformes totales por el método del número más probable (NMP), prueba presuntiva en Caldo Lactosado-Púrpura de Bromocresol y confirmativa en Agar Levine, con la especial detección de *Escherichia coli* por el método IMViC a partir de las colonias características desarrolladas en Agar Levine y de estreptococos fecales por el método del NMP, prueba presuntiva en Caldo Glucosa-Azida y confirmativa en medio Violeta de Etilo Azida (EVA) según las indicaciones de Guinea, Sancho y Parés (5) y de *Pseudomonas* del grupo fluorescente por el método del NMP, prueba presuntiva en Caldo Asparagina y confirmativa en Caldo Acetamida, con la especial detección de *Pseudomonas aeruginosa* en Agar P y F a partir de los tubos positivos de la prueba confirmativa observando la formación de piocianina y fluoresceína respectivamente, según las indicaciones de la 14ª Ed. de la Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater (10).

Con los resultados numéricos se realizó un análisis de varianza a fin de observar las diferencias en la distribución de los parámetros fisicoquímicos y los recuentos microbiológicos en los tres embalses a lo largo del período de muestreo y un análisis de correlación para observar la interdependencia entre las variables biológicas y las fisicoquímicas.

A las muestras se les adjudicó un número que corresponde al del mes en que fueron recogidas, a excepción de la muestra numerada como 13 que corresponde a Enero de 1982.

RESULTADOS

Los resultados están expuestos en las gráficas siguientes:

Gráfica 1.—Temperatura del agua

Gráfica 2.—Heterótrofos con crecimiento a 22°C

Gráfica 3.—Heterótrofos con crecimiento a 37°C

Gráfica 4.—Heterótrofos con crecimiento a 5°C

Gráfica 5.—Coliformes totales con indicación de la detección de *E. coli*

Gráfica 6.—*Streptococos* fecales

Gráfica 7.—*Pseudomonas* del grupo fluorescente

· TABLA I.— VALORACION CUALITATIVA DEL CALOR DEL AGUA

EMBALSE	MUESTRA N°												
	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	
Pinilla	A	A	A	A	A	A	V	A	V	A	A	A	
Riosequillo	A	A	A	A	A	A	V	A	A-V	A	A	A	
El Atazar	I	I	I	I	I	I	V	A	V	I	I	I	

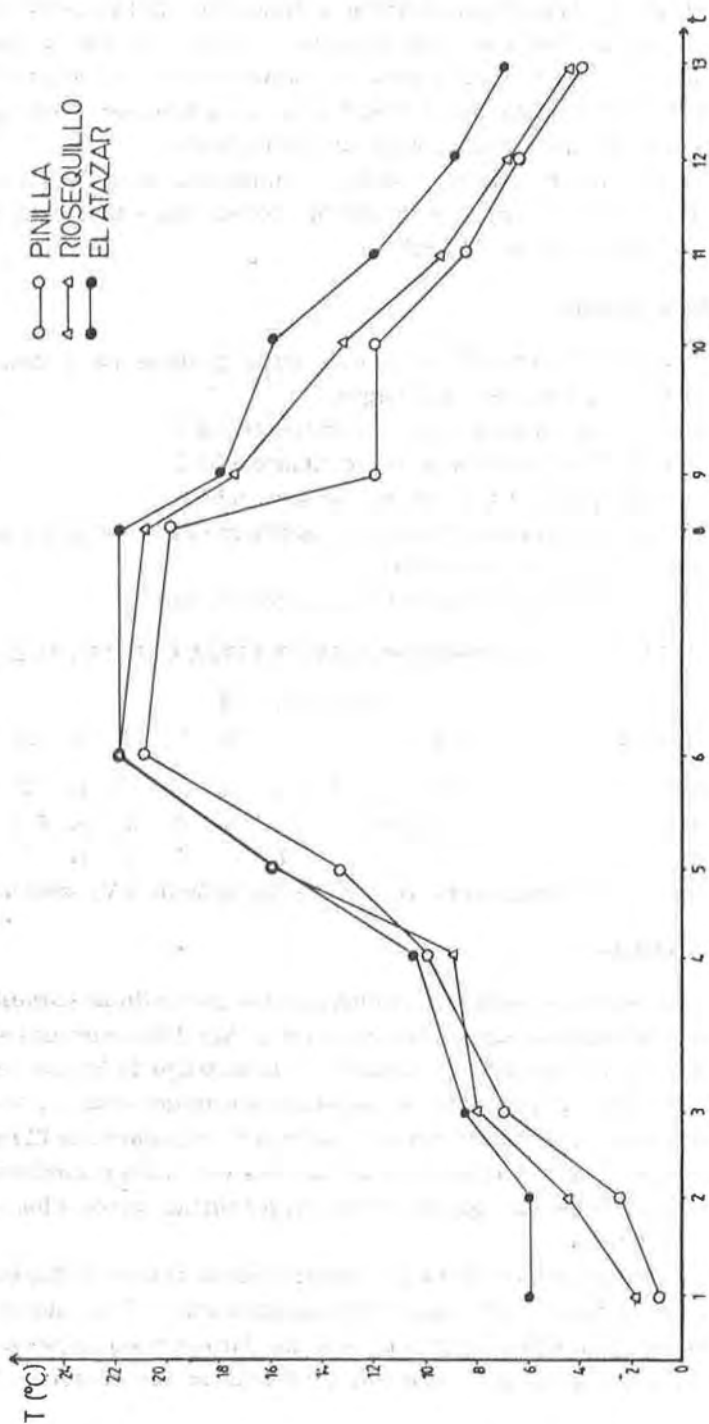
I, incolora; A, amarillenta; A-V, verde-amarillenta y V, verdosa.

DISCUSION

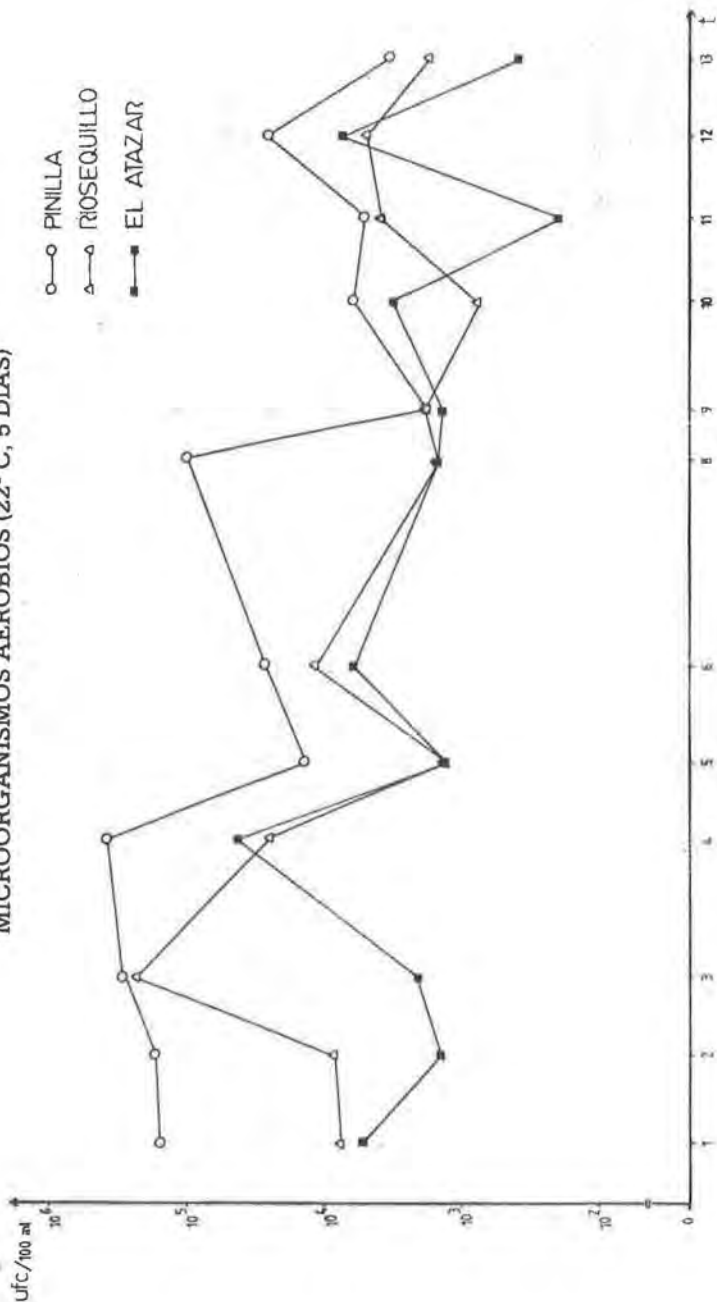
En nuestros resultados hemos observado que de las variables fisicoquímicas, sólo la temperatura se distribuye de igual forma en los tres embalses. El pH evoluciona de forma distinta en el embalse de Pinilla con respecto a los otros dos, no presentando variaciones significativas a lo largo del tiempo, mientras que el color lo hace diferente en el embalse de El Atazar debido a la claridad de sus aguas cuando no existe una gran proliferación de fitoplancton, dadas sus características oligotróficas, frente a los otros dos del tipo eutrófico.

En los recuentos de heterótrofos los niveles encontrados en nuestro estudio son similares a los de otros investigadores (2, 7, 11), siguiendo, los tres embalses, el mismo comportamiento a lo largo del año, a pesar de los máximos encontrados en el embalse de Pinilla en las muestras 1 a 4 en los

TEMPERATURAS SUPERFICIALES (°C)

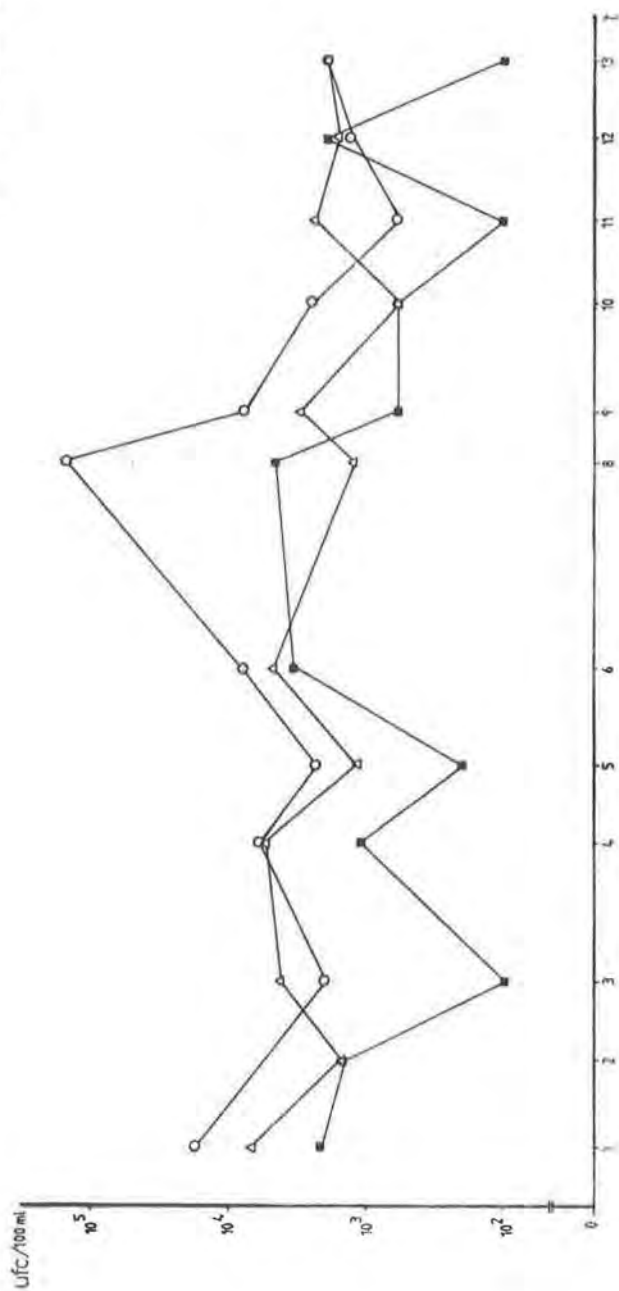


MICROORGANISMOS AEROBIOS (22° C, 5 DIAS)

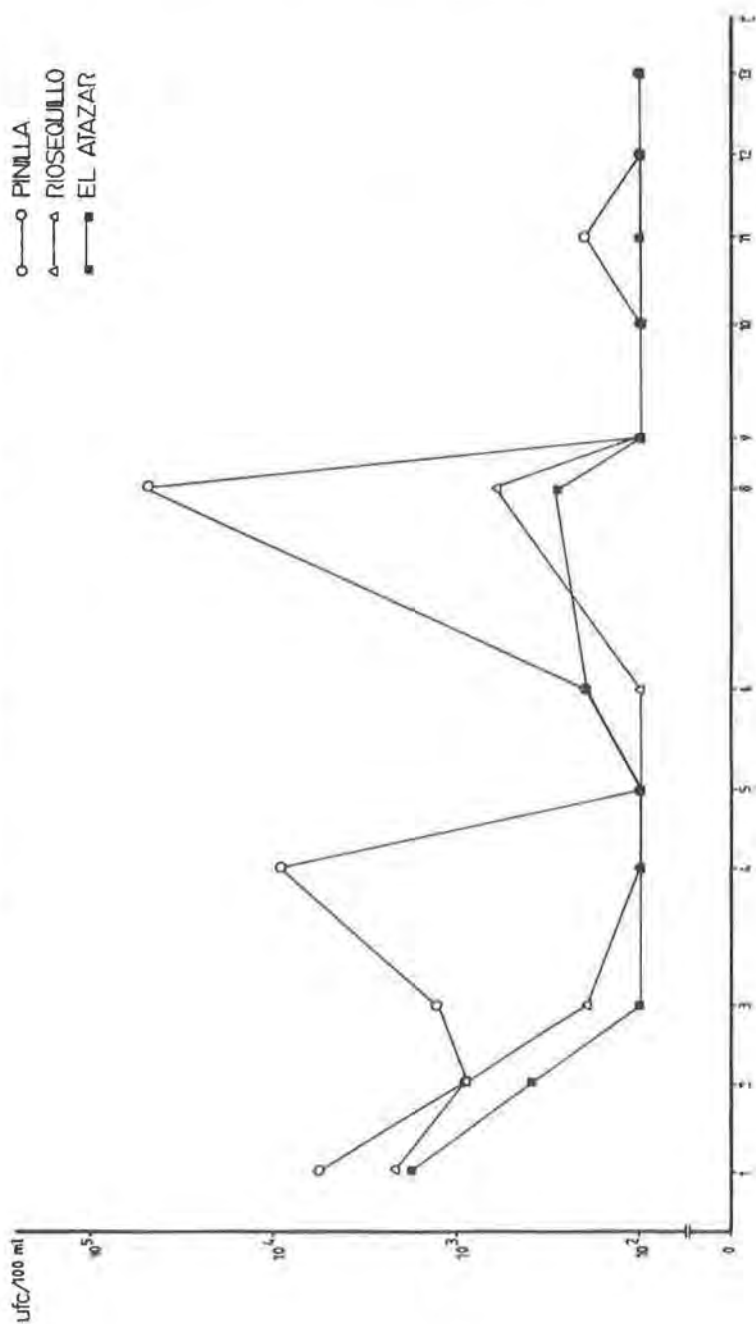


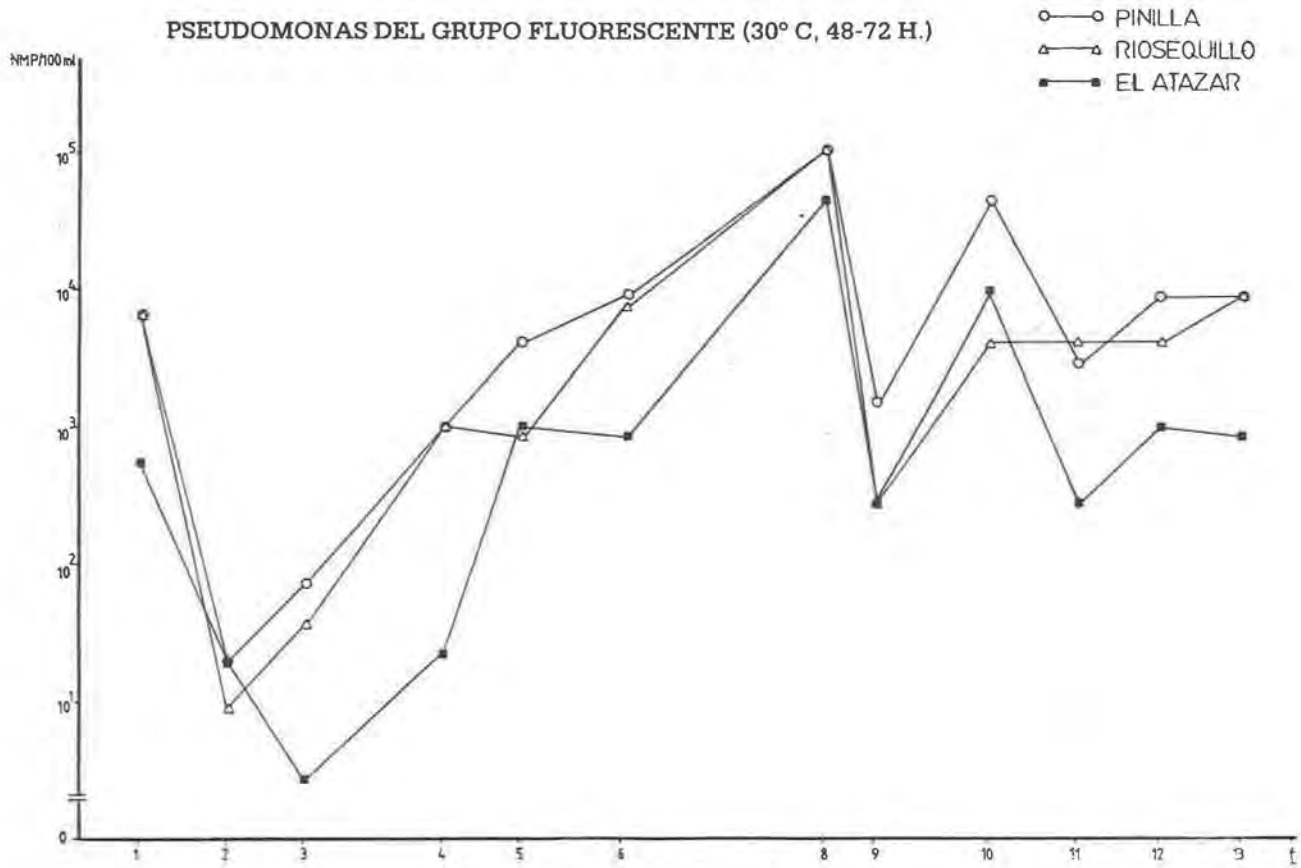
MICROORGANISMOS AEROBIOS (37° C, 48 H.)

○ PINILLA
 △ RIOSEQUILLO
 ■ EL ATAZAR

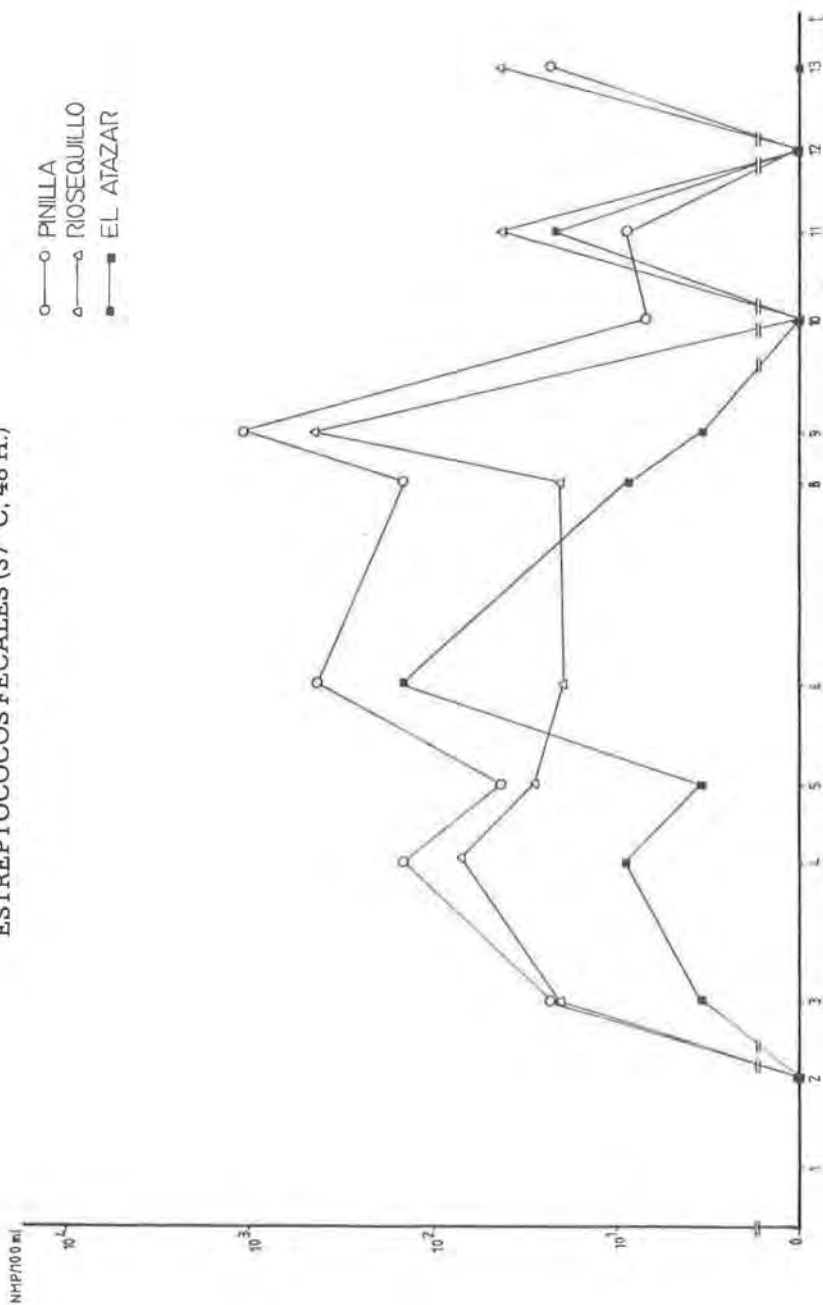


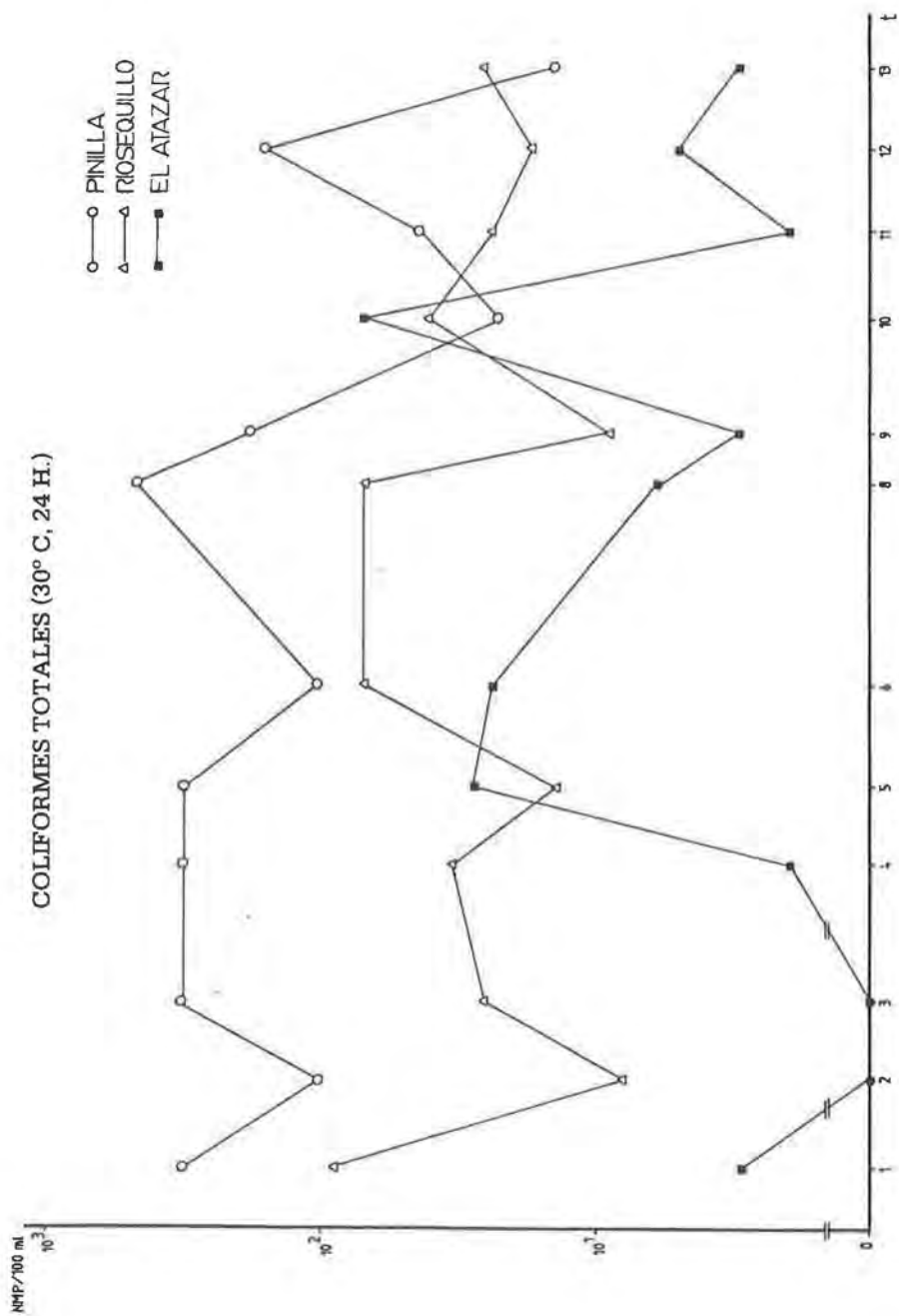
MICROORGANISMOS AEROBIOS (5° C, 5 DIAS)





ESTREPTOCOCOS FECALES (37° C, 48 H.)





recuentos de heterótrofos con crecimiento a 22°C y en la muestra 4 en los recuentos de heterótrofos con crecimiento a 5°C, probablemente debidos al aporte de microorganismos que provoca el lavado del suelo durante el deshielo, fenómeno especialmente importante en este embalse, que recoge las aguas procedentes de la mayoría de las cumbres de gran altitud de toda la cuenca, y en la muestra 8 en los heterótrofos con crecimiento a todas las temperaturas ensayadas lo que puede tener lugar por el aumento de población (aproximadamente se triplica) que sufre la cuenca alta, por parte, principalmente, de excursionistas y campistas y los núcleos urbanos de la zona por veraneantes.

Los niveles de coliformes totales son claramente distintos en los tres embalses, siendo el de Pinilla el que presenta los mayores recuentos, seguido del de Riosequillo y, por último, y con recuentos muy inferiores al primero, el de El Atazar. Destaca, dentro de este grupo microbiano la muy distinta frecuencia en la detección de la bacteria *E. coli* en los tres embalses, encontrándose una contaminación fecal, casi constante, en el de Pinilla y la práctica ausencia de ésta en El Atazar durante el periodo de estudio.

De igual forma sucede con los estreptococos fecales que presentan tres niveles de recuentos, correspondientes, cada uno, a un embalse, encontrándose el de Pinilla con los máximos recuentos seguido del de Riosequillo y, por último, el de El Atazar. Dentro de este grupo es interesante destacar el aislamiento de *Streptococcus bovis* en el embalse de Pinilla, lo que podría indicar la influencia del ganado de la cuenca alta en la contaminación de este embalse. También es de destacar el haber encontrado una correlación positiva entre los niveles de estreptococos fecales y la temperatura en el embalse de El Atazar.

Respecto a los recuentos de *Pseudomonas* del grupo fluorescente los tres embalses siguen un mismo comportamiento a lo largo del tiempo, destacando la gran correlación positiva encontrada entre estos microorganismos y el enverdecimiento de las aguas observado, simultáneamente, en los tres embalses en las muestras 8 y 10, debida, principalmente, en el primer caso a una Euglenofícea del género *Chlamydomonas* y en el segundo a una Diatomea que no fue identificada. Esta correlación positiva entre la floración de fitoplancton y el aumento en los recuentos de microorganismos ya ha sido encontrada por otros autores (3, 6, 8 y 11) y se encuentra recogida en trabajos de recopilación (4 y 9) pero no hemos podido encontrar quien la hallara con este grupo microbiano. La explicación a este aumento en los recuentos puede deberse, como apuntan los otros investigadores, al aprovechamiento por las bacterias de las sustancias exudadas por el fitoplancton como fuente nutritiva o al aumento en la cantidad de materia orgánica que suponen tras su declive o, en última instancia, al soporte físico que

constituyen para la absorción de la vida planctónica. Observando la proporción que las *Pseudomonas* del grupo fluorescente constituyen entre los microorganismos totales capaces de crecer a 22°C se aprecian notables diferencias entre los embalses, pues mientras en el embalse de Pinilla constituyen sólo el 16,7% de la población heterótrofa, en el de Riosequillo son el 48% y en el de El Atazar el 81,6%, ésto puede deberse al carácter oligotrófico de estas bacterias que se desarrollan perfectamente en medios escasos en nutrientes. Es, por último, de destacar la ausencia de *Pseudomonas aeruginosa* en todas nuestras muestras lo que puede deberse, como indica Van der Kooij (12), a la baja capacidad competitiva que presenta esta especie frente a la microflora autóctona y especialmente frente a las bacterias de su grupo como *Pseudomonas fluorescens* que parece ser especialmente abundante en estas aguas.

RESUMEN

Se ha realizado un estudio comparativo de la flora bacteriana indicadora de contaminación del epilimnion de tres embalses del río Lozoya (Pinilla, Riosequillo y El Atazar) durante el periodo Enero de 1981 a Enero de 1982. Se analizaron los parámetros físico-químicos: temperatura y color del agua y pH y las variables microbiológicas: heterótrofos con crecimiento a 22, 37 y 5°C como indicadores de contaminación por materia orgánica en general, bacterias coliformes totales y estreptococos fecales como indicadores de contaminación fecal, *Pseudomonas* del grupo fluorescente como indicadores de la calidad del agua y la detección de bacterias con capacidad patogénica como *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa*. En los recuentos de heterótrofos se observan unos mayores niveles bacterianos en el embalse de Pinilla que detecta un aumento por los microorganismos aportados por el deshielo en primavera y por la gran afluencia humana en el mes de Agosto. En los recuentos de microorganismos indicadores de contaminación fecal se observa un descenso gradual en los números de bacterias según se avanza en la cadena de embalses, siendo, por tanto, el de El Atazar el que presenta menor contaminación. La presencia de *E. coli* siguió esta misma pauta siendo detectada en todas las muestras, excepto una, en el embalse de Pinilla y solamente en tres en el de El Atazar. Se ha encontrado una correlación positiva (al 90%) entre los estreptococos fecales y la temperatura del agua en el embalse de El Atazar. En los recuentos de *Pseudomonas* del grupo fluorescente no se observan diferencias significativas entre los embalses, detectándose dos grandes máximos en los recuentos a lo largo del año que son coincidentes con grandes proliferaciones de fitoplancton. No se detectó en ninguna muestra *Pseudomonas aeruginosa*.

RESUME

On a fait un étude comparative de la flore bacterienne indicatrice de pollution de l'épilimnion de trois reservoirs de la rivière Lozoya (Pinilla, Riosequillo et El Atazar) pendant le periode janvier 1981 à janvier 1982. On a analysé les paramètres physio-

chimiques: température et couleur de l'eau et pH et les variables microbiologiques: heterotrophes avec croissance à 22, 37 et 5°C comme des indicateurs de pollution par matière organique en général, bactéries coliformes totales et streptocoques fécales comme des indicateurs de la qualité de l'eau et la détection de bactéries avec pouvoir pathogénique comme *Escherichia coli* et *Pseudomonas aeruginosa*. Dans les comptages de heterotrophes on a vu de plus grandes niveaux bactériennes dans le réservoir de Pinilla qui détecte une augmentation par les microorganismes apportés par le dégel en printemps et par la grande affluence humaine dans le mois d'août. Dans les comptages de microorganismes indicateurs de pollution fécale on a vu une graduelle diminution des nombres de bactéries selon s'avance dans la chaîne des réservoirs et pourtant ce de El Atazar est le plus pollué. La présence de *E. coli* a suivi ce même norme qui a été détecté dans le réservoir de El Atazar. Dans les comptages de *Pseudomonas* du groupe fluorescente on n'a pas vu des différences significatives entre les réservoirs, en détectant deux grands maximums dans les comptages au long de l'année qui coïncident avec des grandes proliférations de fitoplancton. On n'a pas détecté dans aucune échantillon de *Pseudomonas aeruginosa*.

SUMMARY

A comparative study of the bacterial flora concerning the epilimnion pollution was made in the waters of three reservoirs of the Lozoya River (called Pinilla, Riasequillo and El Atazar) during the period extended from January 1981 to January 1982. The physical-chemical parameters were analysed: the water temperature and colour and pH as well as the microbiological variances: heterotrophs growing at 22°, 37° and 5°C indicating the existence of pollution by organic material in general, total coliform bacteria and fecal streptococci as a sign of fecal pollution, *Pseudomonas* of the fluorescent group as a sign of water quality and detection of bacteria with pathogenic capacity, such as *Escherichia coli* and *Pseudomonas aeruginosa*. Some higher bacterial levels were found in the heterotroph counts made in the water at Pinilla detecting an increase by the microorganisms contributed by the water melting in Spring and the great human presence in August. A gradual decrease in the microorganisms counts indicating fecal contamination was seen in the number of bacteria as one approached the mouth of the river. Therefore, El Atazar reservoir showed less pollution. The presence of *E. coli* followed this same rule and was detected in all samples, but one, in the water at Pinilla, and only in three samples in the water at El Atazar. A positive correlation was found in the water at El Atazar. No significant differences were observed in the *Pseudomonas* counts made between the above reservoirs. Two maxima were detected along the year coinciding with the availability of great quantities of phytoplankton. The absence of *Pseudomonas aeruginosa* was observed in all samples.

BIBLIOGRAFIA

1. CENTRO DE ESTUDIOS HIDROGRAFICOS. Resumen del reconocimiento limnológico de embalses. Dirección General de Obras Hidráulicas. MOPU. Madrid. 1980.

2. FERRONI, G.D. AND KAMINSKY, J.S. Psychrophiles, psychrotrophs and mesophiles in an environment which experiences seasonal temperature fluctuations. *Can. J. Microbiol.* 26 (10): 1.184-1.191. 1980.
3. FETERS, G.A.; STUART, S.A. AND OLSON, S.B. Growth of heterotrophic and algal extracellular products in oligotrophic waters. *Appl. Environ. Microbiol.* 35: 383-391. 1978.
4. GELDREICH, E.E. Microbiology of water. *J. Water Pollut. Control Federation.* 55: 869. 1983.
5. GUINEA, J.; SANCHO, J. Y PARES, R. Análisis microbiológico de aguas (aspectos aplicados). Ed. Omega. Barcelona. 1979.
6. HENRICI, A.T. Studies of freshwater bacteria. IV Seasonal fluctuation of lake bacteria in relation to plankton production. *J. Bacteriol.* 35. 129-139. 1983.
7. JONES, J.G. The distribution of some freshwater planktonic bacteria in two stratified eutrophic lakes. *Freshwater Biology.* 8: 127-140. 1978.
8. PEDROS-ALIO, C. AND BROCK, T.D. Assessing biomass and production of bacteria in eutrophic lake Mendota, Wisconsin. *Appl. Environ. Microbiol.* 44: 203-218. 1982.
9. RHEINHEIMER, G.: Aquatic microbiology. Ed. John Wiley & Sons, Ltd. 2ª Ed. R.D.A. 1980.
10. Standard Methods for the examination of water and wastewater, 14ª ed. American Public Health Association, New York 1976.
11. VÄÄTÄNEN, P. Relations of selected types of microorganisms with the vernal phytoplankton bloom in the Tvärmine area, southern coast of Finland. *J. Appl. Bacteriol.* 49: 463. 1980.
12. VAN DER KOOLJ, ORANGE AND HJNEN. Growth of *Ps. aeruginosa* in tap water in relation to utilization of substrate at concentrations of a few micrograms per liters. *Appl. Environ. Microbiol.* 44 (5): 1.086. 1982.

Epidemiología del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Oviedo

Bobes García, J.*
Bousoño García, M.*
Hernández Mejía, R.**
Millán González, J.**

INTRODUCCION

Los problemas relacionados con el abuso de drogas toman cada vez más relevancia en la actualidad de la población joven. El conocimiento de la amplitud, la naturaleza, intensidad y duración de este fenómeno permite realizar consideraciones más ajustadas de cara a la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas.

Nuestro estudio, siguiendo las instrucciones indicadas por la OMS en 1980, para el estudio del uso de drogas en estudiantes, está basado en la utilización de un «cuestionario piloto» estandarizado de autoaplicación.

El «cuestionario piloto» permite la obtención de los siguientes conocimientos acerca del uso de drogas con fines no médicos:

- 1.— Determinación de la prevalencia del uso de drogas.
- 2.— Comparación de las tendencias para los diversos tipos de uso de drogas, mediante el empleo de re-test.
- 3.— Estudio de los factores asociados al uso no médico de drogas, e identificación de los grupos de alto riesgo.
- 4.— Evaluación de la eficacia de los Programas de Prevención.

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.

** Departamento de Medicina Preventiva y Social.
Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. ASTURIAS.

- El interés de la utilización de este «cuestionario piloto» estriba en:
- Bajo costo de inversión y mantenimiento.
 - No exige presencia de encuestadores profesionales.
 - Puede ser aplicado rápidamente a grupos importantes de personas.
 - Las cuestiones son simples y de fácil respuesta.
 - Extracción relativamente sencilla de los datos.
 - Ha sido estandarizado por un grupo de expertos de la OMS en siete países.
 - Contiene adjunto el EPI (Eysenck Personality Inventory), cuestionario de personalidad, de Eysenck, que permite valorar la fiabilidad de las contestaciones.
 - Facilita el establecer comparaciones epidemiológicas con otros estudios de esta misma metodología, a nivel mundial.

MATERIAL Y METODOS

Hemos utilizado el cuestionario de la OMS en una población de 1.053 estudiantes pertenecientes a las Facultades de Medicina (619), Biológicas (268) y Escuela de Enfermería (152), del Distrito Universitario de Oviedo.

El cuestionario de la OMS, compuesto por 22 preguntas, nos ha proporcionado datos acerca de la edad, sexo, estudios realizados, y dedicación parcial o total a la docencia de los encuestados, así como una serie de datos relativos al consumo de drogas, incluidas el alcohol y el tabaco, a la frecuencia de dicho consumo, y a la edad de toma de contacto con la droga.

El cuestionario fué contestado anónima y voluntariamente por los estudiantes que habitualmente asisten a clase, ya que la encuesta fué pasada sin aviso previo. Esto produce un pequeño sesgo, ya que, según algunos autores americanos, la proporción de consumidores de drogas aumenta significativamente en aquellos alumnos que habitualmente no van a clase.

Conjuntamente con el cuestionario de la OMS, hemos utilizado como método de valoración de la personalidad de los encuestados el Eysenck Personality Inventory (vulgarmente EPI).

De los 1.053 cuestionarios recogidos, fueron descartados 14, por no haber sido completados correctamente, o bien por no alcanzar un nivel de sinceridad de 3 en la escala del EPI.

Hemos realizado un análisis estadístico, buscando los niveles de significación mediante el método del chi cuadrado; estudiando fundamentalmente las modificaciones de los consumos de tabaco y alcohol.

De acuerdo al cuestionario de la OMS, hemos utilizado para discriminar entre fumadores y no fumadores, la pregunta que se refiere al consumo o no en los últimos 30 días; y para valorar el consumo de alcohol, según su

frecuencia: de menos de 1 día al mes, de 1 a 5 días, de 6 a 19 días, y de 20 o más días. También nos hemos adaptado por completo al cuestionario para determinar la edad de contacto con la droga y los diversos tipos de drogas consumidas, que de acuerdo a la finalidad de este trabajo, las hemos reagrupado en cinco:

- a) Consumo de tabaco.
- b) Consumo de alcohol.
- c) Consumo de tranquilizantes o sedantes.
- d) Consumo de psicoestimulantes (cannabis y/o anfetamínicos).
- e) Otras drogas y opiáceos (solventes volátiles, cocaína, LSD, etc.)

Hemos agrupado los resultados más significativos bajo los encabezamientos de: Distribución Muestral, Consumo de Tabaco y Consumo de Alcohol, analizando en cada uno de éstos los factores sexual, de facultad de estudios y curso realizado, y finalmente de consumo o no de otras drogas.

Respecto a los índices de neuroticismo y extraversión aportados por el EPI, no se han encontrado diferencias significativas de interés, por lo que no entramos en su comentario.

RESULTADOS Y ANALISIS

A.—Distribución muestral.

La media de edad del total de la muestra es de 21,0 años, con una desviación estándar de 3,2, estando las medias de los distintos subgrupos muestrales (Medicina, Enfermería y Biológicas) claramente relacionados con el curso de estudios realizado, y observándose únicamente una pequeña desviación en el tercer Curso de Enfermería, en que la media es ligeramente superior a lo esperado y la desviación estándar mayor, lo que puede tener su explicación en el hecho de que se trata de la primera promoción de dicha Escuela, habiéndose integrado en ella por diversas causas, grupos de estudiantes que no procedían directamente del C.O.U.

Respecto a las diferencias sexuales, hay un ligero predominio de las mujeres sobre los varones en el total de la muestra (463 y 576), siendo únicamente en Medicina donde los varones superan a las mujeres con un 52,18%. Esto puede ser debido a que tanto en Enfermería como en Biológicas hay una neta mayoría de mujeres matriculadas (Tabla I).

En cuanto a las proporciones de los diferentes cursos y facultades, responden a la realidad en cuanto a la matriculación de una manera bastante aproximada (Tabla I).

B.—Consumo de Tabaco. (Gráficas I y II y Tabla I).

En el cómputo global de la muestra, un 60,48% de los estudiantes, declaran haber consumido tabaco en los últimos 30 días, siendo superior la

proporción de fumadores en la Escuela de Enfermería, con respecto a la Facultad de Medicina ($P < 0,005$) y a la de Biológicas ($P < 0,0001$), y a su vez es superior el consumo en Medicina que en Biológicas ($P < 0,01$). Es pues importante señalar que el consumo es superior precisamente en aquellas facultades donde debieran ser conscientes del daño producido por el uso del tabaco.

Las diferencias sexuales con predominio de los varones en el consumo de tabaco son significativas en el total de la muestra ($P < 0,005$), así como también en el análisis individualizado de la Facultad de Medicina ($P < 0,01$), y aún no siendo significativas, persiste en Enfermería y Biológicas (Gráfica I).

En cuanto al consumo de tabaco global (hombres y mujeres), no existen apenas diferencias significativas de unos cursos a otros, salvo en el paso de 2º a 4º de Medicina, que en lugar de encontrar un descenso del consumo, paralelo al aumento de conocimientos, observamos un aumento significativo del consumo ($P < 0,05$) (Gráfica I).

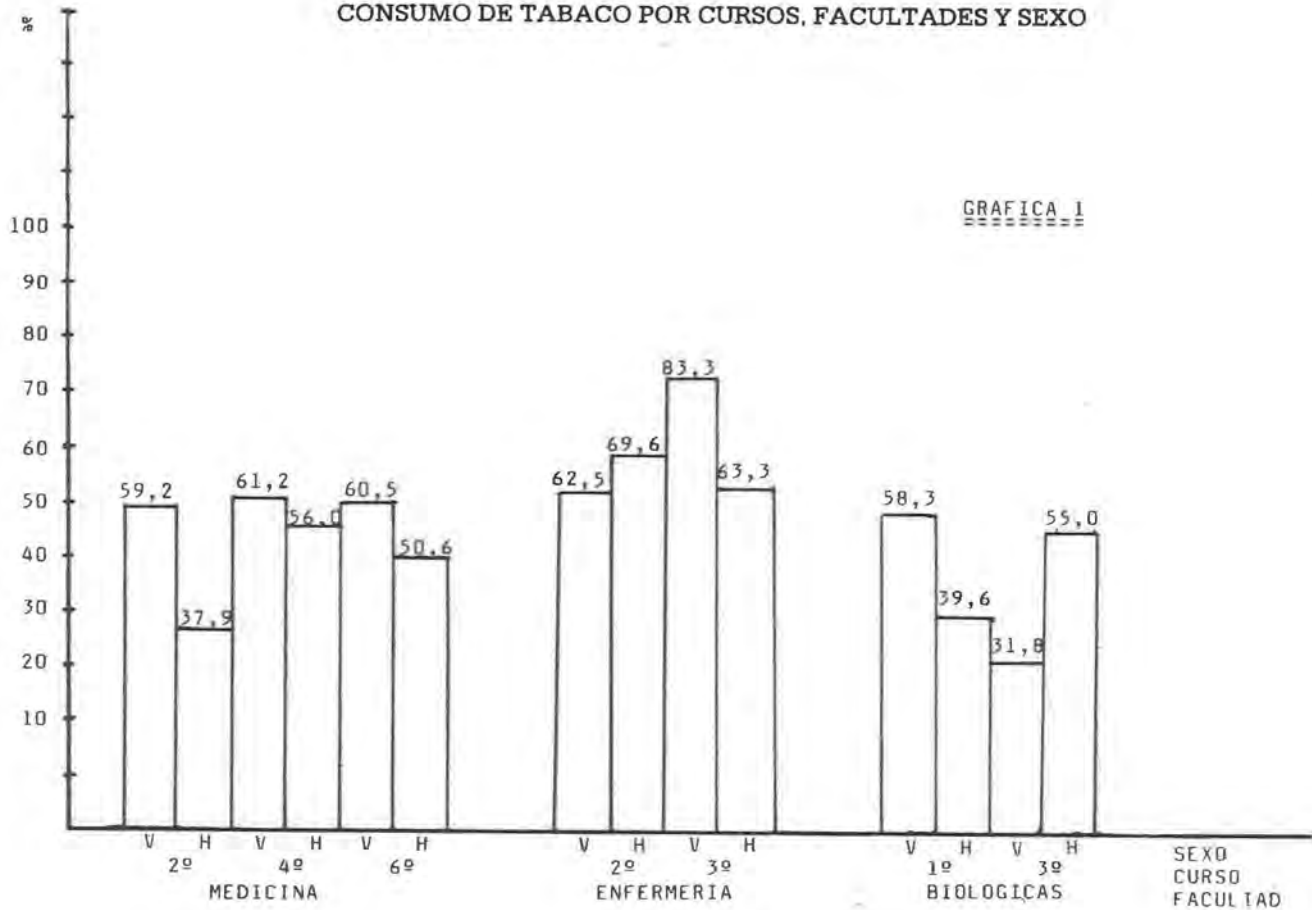
TABLA I
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA

Razón	Subgrupo	núm.	%	varones hembras	
Sexo	varones	463	44,56		
	hembras	576	55,44		
Facultad	Medicina	619	59,58	323	296
	Enfermería	152	14,63	46	106
	Biológicas	268	25,79	94	174
F. de Medicina	2º curso	115	18,58	49	66
	4º curso	296	47,82	155	141
	6º curso	208	33,60	119	89
E.U. de Enfermería	2º curso	62	40,79	16	46
	3º curso	90	59,21	30	60
F. de Biológicas	1º curso	206	76,87	72	134
	3º curso	62	23,13	22	40
TOTAL		1.039	100,00		

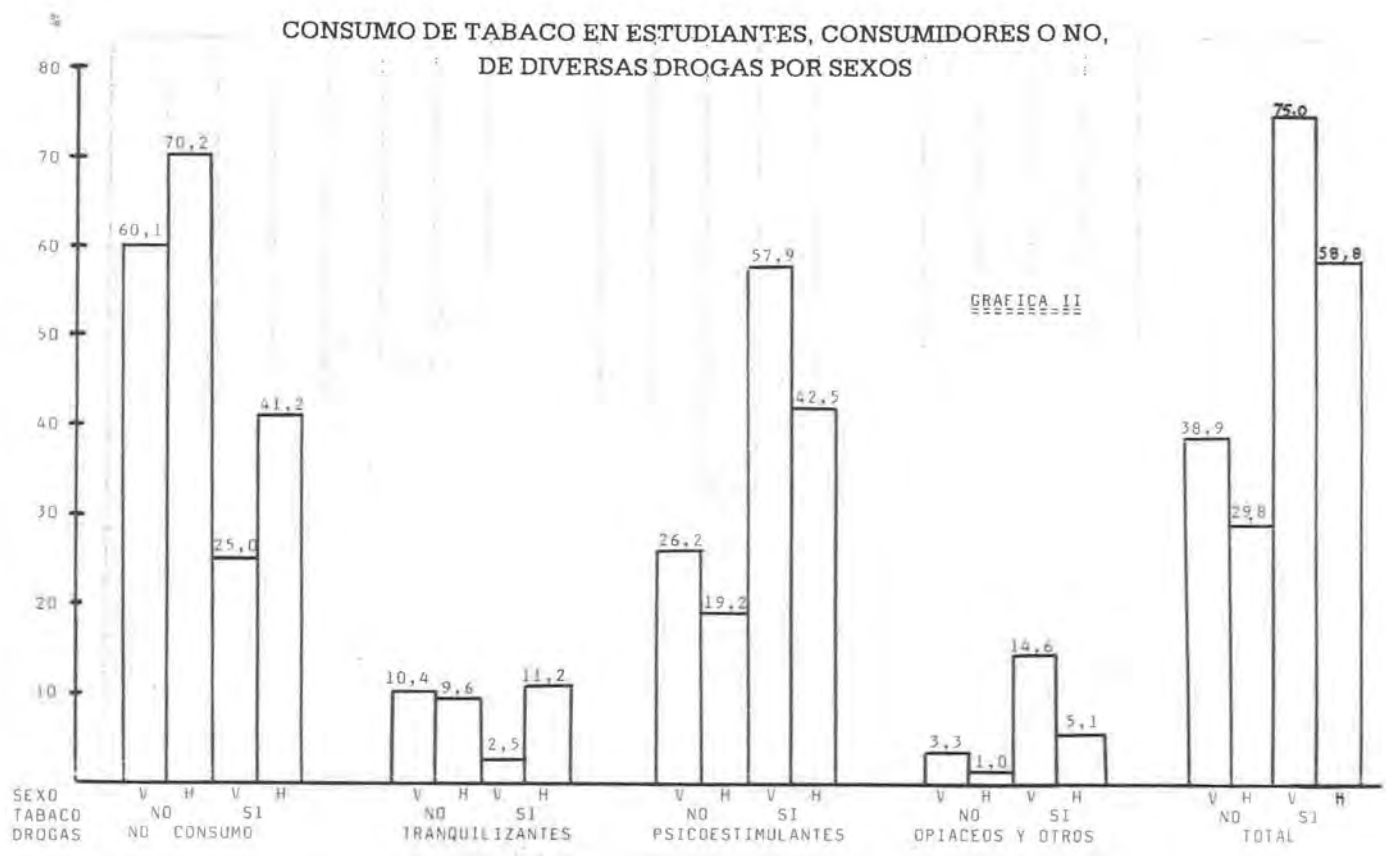
Es necesario reseñar, que hay diferencias sexuales importantes, ya que por ejemplo en Medicina el aumento de consumo de 2º a 4º es fundamentalmente a expensas de las mujeres ($P < 0,025$), mientras que entre los varones, se registra un aumento significativo ($P < 0,05$) del consumo del 1º al 3º curso de Biológicas (Gráfica I).

Respecto al consumo asociado de tabaco y drogas, vemos que apenas existen diferencias en cuanto al sexo, salvo en el consumo asociado de

CONSUMO DE TABACO POR CURSOS, FACULTADES Y SEXO



CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES, CONSUMIDORES O NO,
DE DIVERSAS DROGAS POR SEXOS



tabaco y tranquilizantes, en que invirtiéndose la tendencia al predominio de los varones, entre las mujeres es mayor el porcentaje de fumadoras entre las que consumen tranquilizantes (55%, $P < 0,025$) (Gráfica II).

Así vemos como en general, existen diferencias muy significativas (casi todas del orden $P < 0,0001$) tanto en varones como en mujeres, en el porcentaje de usuarios de tabaco, según consuman o no drogas, con la única excepción de los consumidores de tranquilizantes, donde no aparecen diferencias entre fumadores y no fumadores (Gráfica II).

La edad de contacto con el tabaco, es diferente significativamente ($P < 0,0001$) en las mujeres (con máximo de incidencia a los 15-16 años) y los varones (con máximo a los 13-14 años). En cambio no difieren de manera significativa ni en varones ni en mujeres, según consumo o no de drogas, salvo en que dentro de los mismos grupos de edad, en aquellos que consumen drogas, se observan mayores porcentajes de fumadores (Tabla II).

C.—Consumo de alcohol (Gráficas III y IV y Tabla II).

En el total de la muestra, sólo el 37,54% consumen alcohol menos de una vez al mes, el 44,27% lo han consumido entre 1 y 5 días, el 9,82% lo consumen entre 6 y 19 días y el 7,31% más de 20 días al mes.

En los varones el consumo es más intensivo que en las mujeres de manera muy significativa ($P < 0,0001$) (Gráfica III).

Los consumos de alcohol, no difieren excesivamente según las facultades ni en varones ni en hembras, ni tampoco respecto a los cursos de estudio (Gráfica III).

En cambio tanto en varones ($P < 0,025$), como en mujeres ($P < 0,0001$), de manera significativa los consumos de alcohol son más frecuentes entre los usuarios de drogas que entre los no usuarios (Gráfica III).

También se observa que de manera significativa ($P < 0,001$), la edad de contacto con el alcohol es más precoz en los varones (13-16 años máximos) que en las mujeres (16-18 años máximos) (Tabla II).

Se aprecia también que entre los grupos de usuarios de drogas, y de no usuarios, las edades de contacto con el alcohol, son similares, salvo en el grupo de 15-16 años, en el que hay un porcentaje significativamente superior ($P < 0,005$) entre los consumidores de drogas (Tabla II).

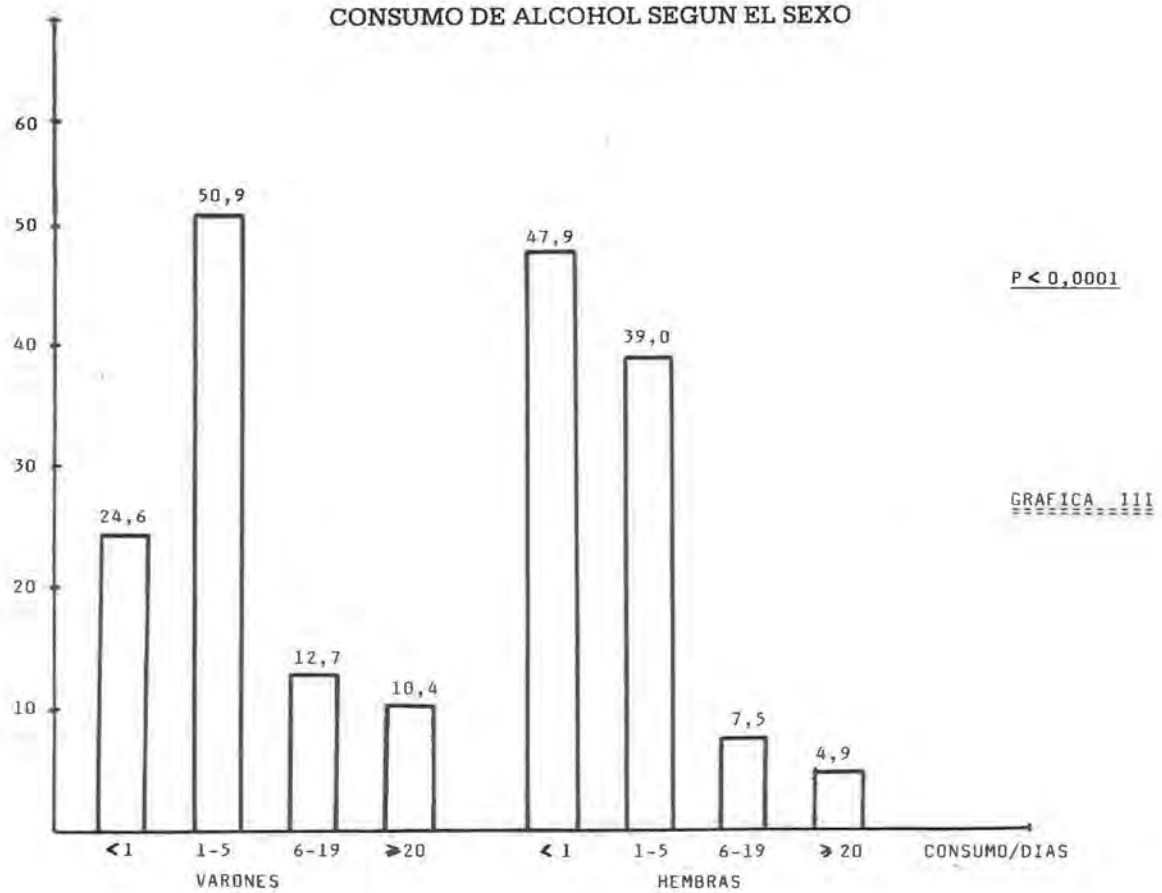
DISCUSION

Consideramos que aún no ha transcurrido un tiempo importante, para que hayan sido publicados estudios con la misma metodología propuesta por la OMS por lo que nos hemos visto forzados a comparar nuestros resultados con aquellos procedentes de estudios que han utilizado diversas herramientas de trabajo.

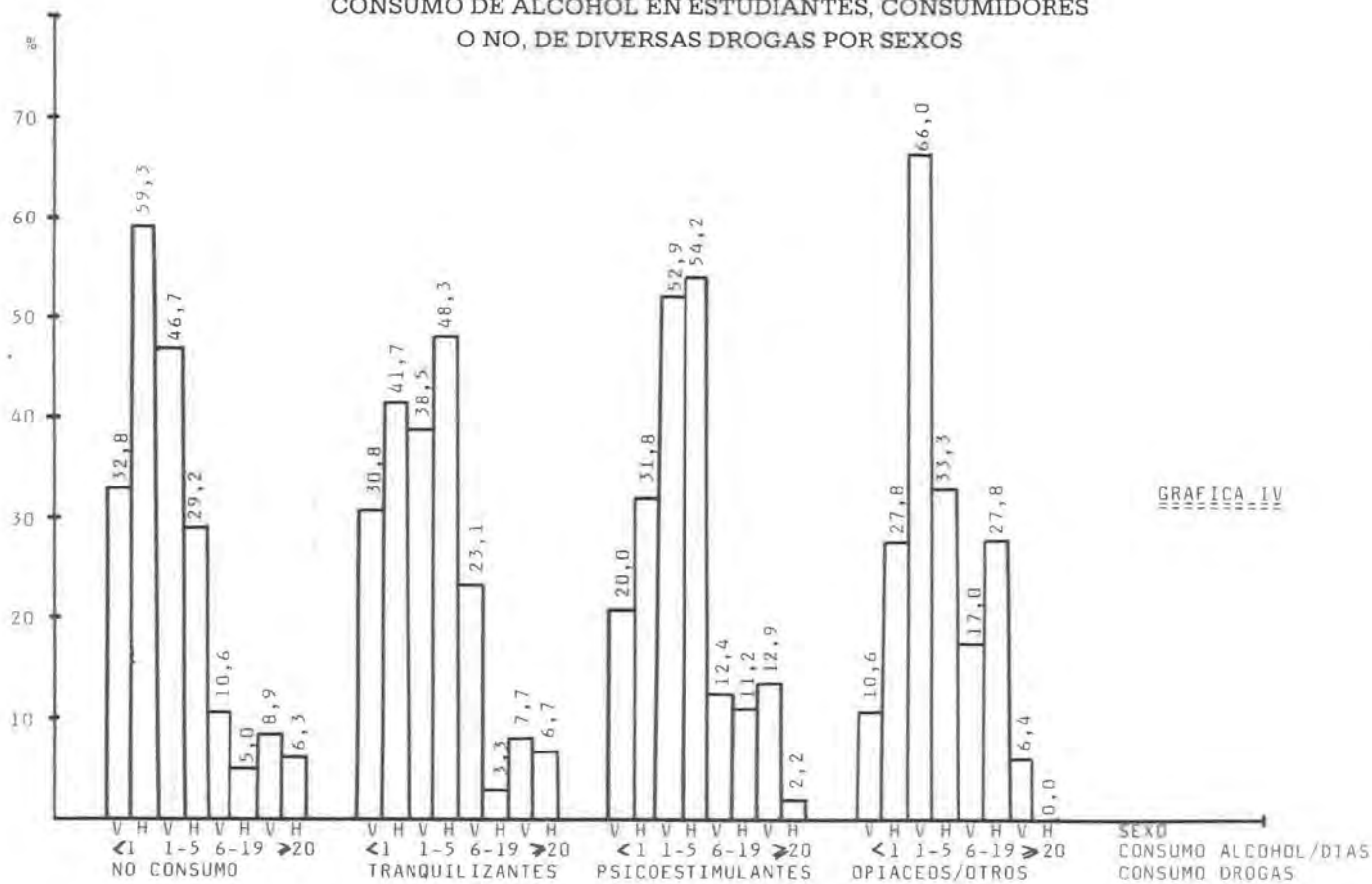
TABLA II
 EDAD DE CONTACTO CON EL TABACO Y EL ALCOHOL EN ESTUDIANTES NO CONSUMIDORES Y CONSUMIDORES DE DROGAS

Edad contacto	Sexo	NO Consumidores		SI Consumidores	
		n°	%	n°	%
TABACO					
1-10 años	v	20	11,11	47	16,61
	h	4	1,25	11	4,18
11-12	v	20	11,11	47	16,61
	h	23	7,21	16	6,23
13-14	v	23	12,78	68	24,03
	h	44	13,79	58	22,57
15-16	v	24	13,33	48	15,96
	h	81	25,39	87	33,85
17-18	v	10	5,56	30	10,60
	h	37	11,60	50	19,46
19 y sig.	v	12	6,67	14	4,95
	h	10	3,13	16	6,23
ALCOHOL					
1-10 años	v	42	23,33	56	19,79
	h	67	21,00	31	12,06
11-12	v	20	11,11	35	12,37
	h	39	12,23	23	8,95
13-14	v	37	20,56	60	21,20
	h	23	7,21	39	15,18
15-16	v	30	16,67	77	27,21
	h	65	20,38	72	28,02
17-18	v	25	13,89	30	10,60
	h	70	21,94	58	22,57
19 y sig.	v	9	5,00	15	5,30
	h	10	3,13	19	7,39

En relación con los resultados publicados en el Informe del Real Colegio de Médicos de Londres (2), en nuestra muestra, observamos que el consumo de tabaco por mujeres, continúa siendo significativamente inferior ($P < 0,005$) al de varones, lo que se observa también en el análisis de los subgrupos (Medicina $P < 0,001$), si bien, hay algunos de éstos (Enfermería y Biológicas) en que si bien existen diferencias éstas no alcanzan niveles de significación.



CONSUMO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES, CONSUMIDORES
O NO, DE DIVERSAS DROGAS POR SEXOS



En cuanto a la prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de Medicina (grupo en el que han sido realizados numerosos estudios sobre el tema), nos sorprenden las cifras manejadas, francamente inferiores a las cifras encontradas por nosotros, ya que según un estudio de la Universidad de St. Luis (3), la prevalencia de fumadores en estudiantes de 1º y 2º cursos de Medicina era de: 30% en 1967 - 21% en 1975 - 14% en 1980 mientras que nosotros observamos en 1980 en estudiantes de Medicina: hombres... 60,68% y mujeres 50,34% (Tabla II).

Es necesario además reseñar que la supuesta reducción en el consumo por parte de los estudiantes de carreras relacionadas con la Sanidad, no solo no se produce, (el consumo en 4º curso de Medicina es significativamente superior al de facultades no directamente relacionadas con la Sanidad (Biológicas).

Las cifras respecto al consumo de drogas, por comparación, son similares al obtenido en otras Facultades de Medicina y si acaso algo superiores (4), tal como reseñábamos ya en trabajos anteriores (5)

Estamos de acuerdo con lo reseñado por la OMS (6), respecto a la importancia de los consumos de bebidas alcohólicas, que nos parecen ya importantes en el momento actual, y que de seguir la tendencia señalada por los autores antes citados, aumentarían a niveles alarmantes.

Lester Breslow para edades superiores a 17 años da los siguientes porcentajes: en 1978 en E.U.: no fumadores un 37,4% para hombres y un 55,3% para mujeres; ex-fumadores: 27,4% para varones y 13,9% para mujeres; fumadores habituales: 37,4% para varones y 30,4% para mujeres.

En la revista Public Health Reports para E.U. se dan los siguientes porcentajes en 1979:

- fumadores habituales:	12-14 años	3,21% varones
		4,3 % mujeres
	15-16 años	13,5% varones
		11,8% mujeres
	17-18 años	19,3% varones
		26,2% mujeres

Para mayores de estas edades refieren un 36,9% en varones y un 28,2% en mujeres.

Por contraste, en 1955 los americanos daban como fumadores un 52,6% en varones y un 24,5% en mujeres (cifras similares a las de nuestros varones en 1980).

Nuestros porcentajes, como se ha visto, son en la actualidad mucho más elevados que los reseñados por grupos de edad en la población general en E.U. en la actualidad.

CONCLUSIONES

- 1.— En la población universitaria analizada se aprecian porcentajes muy elevados tanto de consumo de alcohol como de tabaco.
- 2.— El consumo de tabaco predomina más entre los varones que entre las mujeres.
- 3.— El contacto con el tabaco y con el alcohol se realiza más precozmente en los varones que en las hembras.
- 4.— Resulta sorprendente la existencia de mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en la Facultad de Medicina y Escuela Universitaria de Enfermería que en la Facultad de Biológicas, de la Universidad de Oviedo.
- 5.— En las poblaciones de usuarios de tabaco y alcohol, el consumo de otras drogas es más frecuente que en la población de no usuarios.
- 6.— El contacto con el tabaco y el alcohol es más precoz tanto en varones como en hembras que el contacto con otras drogas, y parece favorecer su consumo posterior.
- 7.— Existe una evidente necesidad de promocionar campañas de orientación antitabáquica y antialcohólica, especialmente en los sectores sanitarios.

RESUMEN

Se realiza un estudio sobre el abuso y consumo de tabaco y alcohol en 1.039 estudiantes universitarios. Como método de trabajo se ha utilizado la encuesta autoaplicativa diseñada por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud para la Investigación e Información sobre Epidemiología de las Farmacodependencias en 1980.

La muestra la forman 619 estudiantes de la Facultad de Medicina de los cursos 2º, 4º y 6º, de los cuales 323 resultaron varones y 296 hembras. De la Facultad de Ciencias Biológicas, se extraen 268 de los cursos 1º y 3º, resultando ser 94 varones y 174 hembras. La última porción de la muestra la componían 152 estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de los cursos 2º y 3º de los cuales 46 resultaron varones y 106 hembras. La edad media ponderada de la muestra estudiada, fué de $21 \pm 3,2$ años.

Han sido determinados los distintos porcentajes de consumo de alcohol y tabaco en función del sexo y centro de estudio. Asimismo se aporta información cuantitativa respecto a otros consumos concomitantes. Por otra parte se precisan las edades en que han sido practicados los primeros contactos con las diversas drogas. Finalmente se hace hincapié en la necesidad ineludible de promover campañas de educación sanitaria, como prevención primaria.

RESUME

On a fait un étude sur l'abus et la consommation du tabac et de l'alcool chez 1.039 étudiants universitaires. Comme méthode de travail on a utilisé l'enquête

autoapplied dessiné par le Comité d'Experts de l'OMS pour la Recherche et Information sur Epidémiologie des Pharmacodépendances dans 1980. L'échantillon était formé par 619 étudiants de la Faculté de Médecine des années 2ème, 4ème et 6ème, desquels 323 mâles et 296 femelles. De la Faculté des Sciences Biologiques, on a pris 268 des années 1 et 3ème, 94 mâles et 174 femelles. La dernière portion de l'échantillon était composé par 152 étudiants de l'École Universitaire d'Infirmier des années 2nd et 3ème, 46 mâles et 106 femelles. L'âge moyenne pondéré de l'échantillon étudié fut de $21 \pm 3,2$ ans. Les différents pourcentages de consommation d'alcool et de tabac ont été déterminés en fonction du sexe et du centre d'étude. De même on fournit d'information quantitative sur d'autres consommations concomitantes. Par ailleurs on précise les âges du premier contact avec les différents drogues. Au fin on insiste sur le besoin inéludable de promouvoir des actions d'éducation pour la santé, comme prévention primaire.

SUMMARY

A study on the abuse and use of tobacco and alcohol was made in 1,039 university students. As a working method the survey designed by the W.H.O Experts Committee for Recherche and Information on Epidemiology of Drug Dependence in 1980. The sample was made of 619 students of the Faculty of Medicine (2nd, 4th and 6th years) 323 males and 296 females. From the Faculty of Biological Sciences 268 students (1st and 3rd years) 94 males and 174 females. The last portion of the sample was made of 152 students from the University School of Nursing (2nd and 3rd courses) 46 males and 106 females. The weighed medium age of the studied sample was $21 \pm 3,2$ years. The different percentages of consume of alcohol and tobacco were determined by sex and centre of studies. Also quantitative information on another concomitant consumptions is given. Also the ages of the first contact with different drugs have been determined. Finally, the unavoidable need of promoting health education programmes as a primary prevention, was emphasized.

BIBLIOGRAFIA

1. HABERMAN, P.W., JOSEPHSON, E., ZANES, A., ELISON, J.: «High School Drug Behavior A methodological report on pilot studies». Trabajo presentado en el 1st. International Conference on Student Drug Surveys. (Newark, N.J.) 1971.
2. Informe del Real Colegio de Médicos de Londres. Antibióticos, S.A. 1971.
3. COE, R.M. ADN COHEN, J.D.: «Cigarette smoking among Medical students». *Amer. J. Pub. Hlth.* 70/2: 169-171, 1980.
4. GRUPO UNIVERSITARIO MULTICENTRICO. «Consumo de drogas en el medio universitario». *Med. Clin. Barcelona*, 75: 317-326, 1980.
5. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ASTURIAS: «Estudio actualizado sobre las toxicomanías». Oviedo. 1981.
6. O.M.S. «Problèmes et programmes relatifs a la dépendance a l'égard de l'alcool et des drogues dans 33 pays» Joy Moser. Genève. 1974.
7. O.M.S. «Methodologie pour des enquetes sur l'usage des drogues chez les étudiants». O.M.S. publications offset, n° 50. Genève. 1980.

8. Woman and Health, U.S.A. 1980. *Public Health Reports*. Suplemento de Septiembre-Octubre, pp. 38-39, E.U. 1980.
9. BRESLOW, L. *Public Health Reports* Vol. 95, n° 5. Septiembre-Octubre. 1980.
10. CARRASCO, A.L. Y OTROS. «Tabaco y adolescencia». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, n° 34, Marzo-Abril 1980.
11. SERISE, M. Y OTROS: «La consommation de cigarettes dans un groupe de jeunes scolaires de 12 à 14 ans en 1972». *Rev. Epidém. Méd. Soc. et Santé Publ.* T. 21, n°8, pp. 723-740. 1973.
12. FREOUR, P. Y OTROS: «Le tabaquisme, phénomène social». *Revue de Tuberculose et de Pneumologie*. T. 36, n° 2, pp. 281-296. 1972.

Epidemiología de la infección meningocócica en la provincia de Sevilla (1962-63 a 1981-82)

P. M. Blasco Huelva*

D. García Serna*

INTRODUCCION

El objeto del presente estudio es describir la epidemiología de la infección meningocócica en la provincia de Sevilla durante los años epidemiológicos 1962-63 a 1981-82.

Hemos escogido este período porque, después de unos 15 años en que la morbilidad fué descendiendo paulatinamente hasta llegar a no notificarse ningún caso en 1962, de nuevo comienza un incremento de la incidencia de forma que, alternándose períodos de mayor morbilidad con otros en que ésta desciende, tanto los máximos como los mínimos van siendo cada vez más altos y en su conjunto resulta una onda ascendente que, hasta el momento, tiene su acné en el año 1980-81.

Los datos que utilizamos han sido obtenidos de los archivos de la Dirección Provincial de Salud de Sevilla y de los boletines epidemiológicos semanales tanto nacional como provincial.

La tabulación de los datos contenidos en las 1.403 fichas epidemiológicas, correspondientes a los casos notificados, nos ha permitido estudiar:

1.— El factor tiempo.

1.1. Distribución anual de casos y tasas por 100.000 habitantes.

1.2. Distribución estacional.

* Médicos de Sanidad Nacional.

- 2.— El factor espacio.
 - 2.1. Distribución por municipios.
 - 2.2. Distribución por comarcas naturales.
- 3.— El factor persona.
 - 3.1. Distribución por sexos.
 - 3.2. Distribución por grupos de edades.
- 4.— La enfermedad.
 - 4.1. Distribución por formas clínicas.
 - 4.2. Distribución por grupos del meningococo.

1. EL FACTOR TIEMPO

1.1. Distribución anual.

Desde el 1 de octubre de 1962 al 30 de septiembre de 1982 se han notificado en la provincia de Sevilla 1.403 casos de infección meningocócica lo que supone una tasa media de 5,08 casos por 100.000 habitantes, inferior a la nacional (7,21) para el mismo período.

Entre estas fechas, la enfermedad ha evolucionado en ondas cuyos máximos se sitúan en los años 1964-65, 1966-67, 1970-71 y 1980-81 y los mínimos en los años 1965-66, 1968-69 y 1974-75, siendo de señalar que tanto unos como otros son más altos que en la onda anterior de forma que, en su conjunto, se constata un aumento de la morbilidad que llega a su máximo en 1980-81 y aunque en 1981-82 se ha producido un importante descenso, éste no nos permite predecir que hayamos llegado al acné de la onda epidémica y que en los próximos años se producirá una disminución de la morbilidad (cuadros 1 y 2 y gráfico 1).

Comparada esta evolución con la ocurrida en España en el mismo período, observamos que en la provincia de Sevilla los valores se mantienen por debajo de la media nacional excepto en 1966-68, 1970-71 y 1980-81, años en que son ligeramente superiores. En cuanto al perfil de la curva, resulta prácticamente similar al de la española.

1.2. Distribución estacional.

La enfermedad se presenta con más frecuencia en invierno y primavera, concentrándose el 71,77% de los casos entre los meses de enero a junio, con un máximo entre los meses de enero y marzo, trimestre en el que se concentra el 44,41% de los casos.

Esta distribución es similar a la que ocurre en el conjunto del territorio nacional, si bien en España el mes de mayor incidencia es febrero mientras que en nuestra provincia en este mes se produce un ligero descenso en relación con enero y marzo (cuadros 3 y 4 y gráfico 2).

CUADRO 1
 INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
 Distribución anual

Años	SEVILLA		ESPAÑA	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1962-63	2	0,14	1.281	4,11
1963-64	10	0,70	1.448	4,62
1964-65	26	1,82	1.109	3,51
1965-66	3	0,21	707	2,21
1966-67	48	3,36	794	2,46
1967-68	33	2,64	821	2,52
1968-69	11	0,88	764	2,32
1969-70	38	3,04	1.436	4,27
1970-71	138	11,70	3.425	10,02
1971-72	77	6,16	2.776	5,05
1972-73	38	2,66	2.210	6,35
1973-74	35	2,45	2.082	5,92
1974-75	29	2,03	1.946	5,48
1975-76	57	3,99	1.808	5,03
1976-77	51	3,57	2.293	6,31
1977-78	105	7,35	3.805	10,35
1978-79	198	13,86	6.670	18,21
1979-80	173	12,11	4.858	12,94
1980-81	229	16,03	5.391	14,31
1981-82	102	7,14	3.858	10,17
TOTAL	1.403	5,08	49.582	7,21

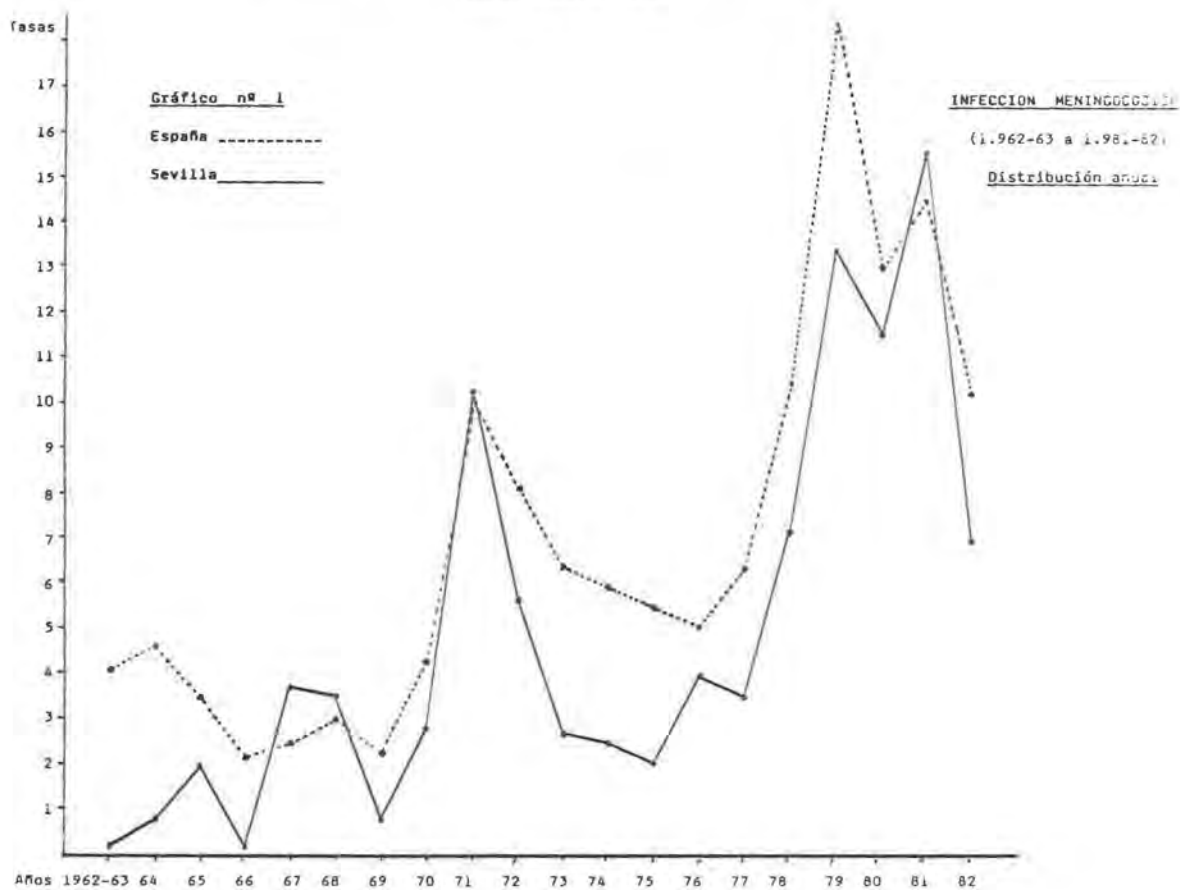
2. EL FACTOR ESPACIO

2.1. Distribución por municipios.

De los 102 municipios de la provincia, 14 no han declarado ningún caso de infección meningocócica en los últimos 20 años, en otros 17 sólo se ha registrado un caso aislado en el mismo período y en otros 38 únicamente se han declarado casos aislados o pequeños brotes de forma ocasional, tan solo en 33 municipios se han registrado casos durante cinco años o más de los 20 que constituyen el período estudiado. De hecho la infección meningocócica sólo presenta un carácter de endemidad en la Capital y algunas poblaciones de mayor número de habitantes. Pese a ello las tasas de morbilidad no presentan grandes variaciones entre las diferentes entidades de población consideradas en su conjunto.

INFECCION MENINGOCOCICA. (1962-63 a 1981-82)

Distribución anual



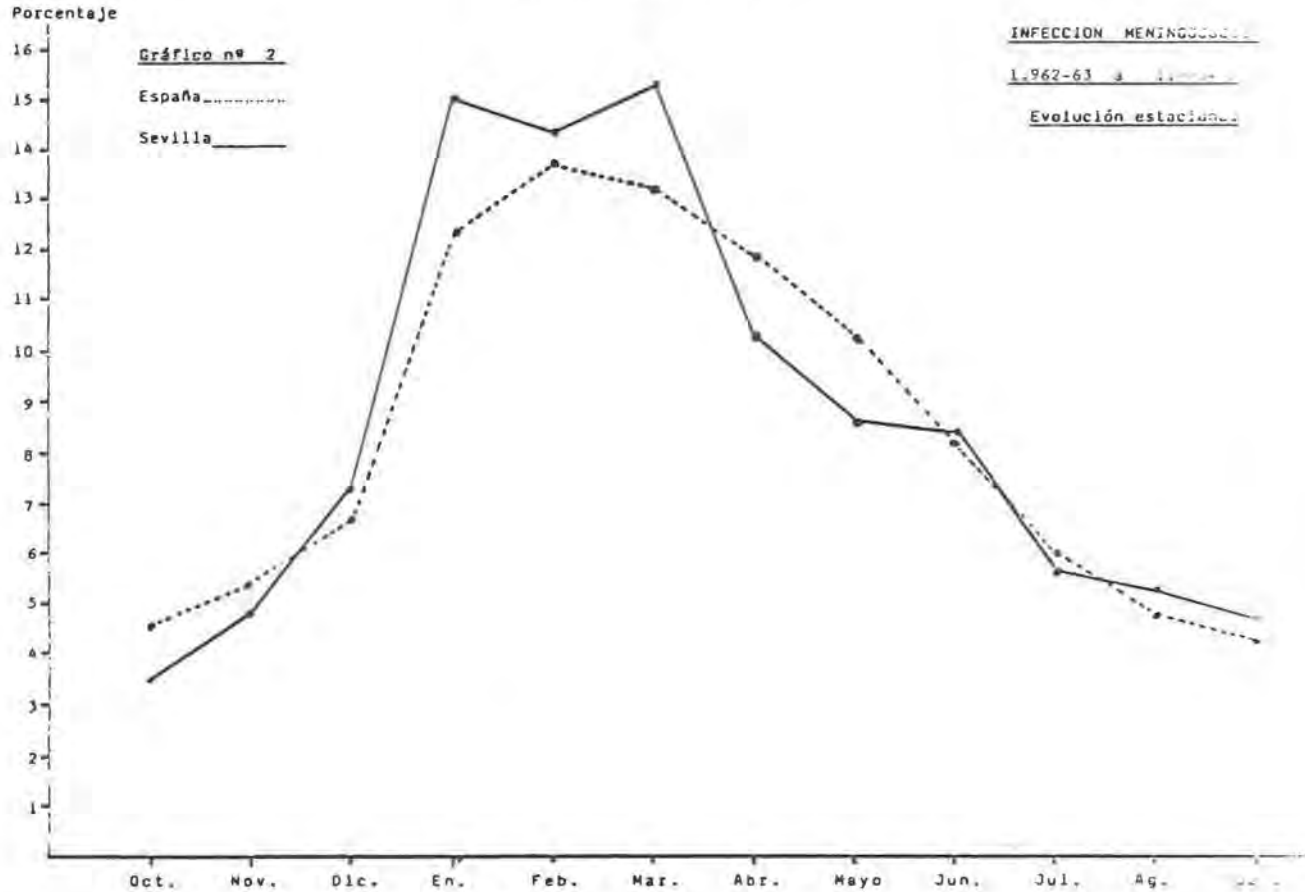
CUADRO 2
 INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
 Distribución por meses

Años	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	TOTAL
1962-63	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2
1963-64	1	—	—	—	—	2	3	1	—	2	1	—	10
1964-65	1	1	2	12	3	5	—	2	—	—	—	—	26
1965-66	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	3
1966-67	—	1	2	5	9	8	5	10	2	3	3	—	48
1967-68	1	1	1	5	4	10	8	1	—	1	—	1	33
1968-69	2	—	2	—	—	—	—	—	5	1	1	—	11
1969-70	1	2	—	4	4	7	3	11	3	2	—	1	38
1970-71	—	3	—	22	25	24	31	12	17	2	1	1	138
1971-72	1	—	—	10	11	16	19	10	5	1	2	2	77
1972-73	1	2	4	5	2	7	1	3	4	5	2	2	38
1973-74	3	1	1	6	4	5	5	6	1	1	2	—	35
1974-75	3	2	1	6	2	2	1	4	3	1	1	3	29
1975-76	2	3	2	4	18	11	6	5	2	—	3	1	57
1976-77	1	4	5	9	7	9	6	2	4	2	1	1	51
1977-78	1	6	9	19	16	10	3	7	10	4	12	8	105
1978-79	5	9	19	27	25	36	20	13	16	9	7	12	198
1979-80	13	16	19	24	16	21	10	11	12	12	8	11	173
1980-81	10	10	25	40	34	33	20	15	24	8	7	3	229
1981-82	3	6	10	10	20	7	3	7	9	12	9	6	102
TOTALES	49	67	102	208	200	215	145	121	118	66	60	52	1.403
%	3,49	4,78	7,27	14,83	14,26	15,32	10,33	8,62	8,41	4,70	4,28	3,71	100

CUADRO 3
 INFECCION MENINGOCOCICA (España 1962-63 a 1981-82)
 Distribución por meses

Años	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	TOTAL
1962-63	20	23	23	42	93	193	311	225	116	90	77	68	1.281
1963-64	75	46	47	187	214	207	186	159	109	90	69	59	1.448
1964-65	70	89	113	123	140	135	122	104	71	59	45	38	1.109
1965-66	46	58	74	86	83	58	87	66	35	59	30	25	707
1966-67	41	32	55	81	117	93	94	86	86	32	42	35	794
1967-68	25	35	40	69	121	162	114	78	57	39	38	43	821
1968-69	54	47	35	68	71	100	101	68	75	58	47	40	764
1969-70	41	44	40	164	169	202	300	169	108	98	59	42	1.436
1970-71	80	49	51	458	616	591	673	334	250	163	81	79	3.425
1971-72	73	97	256	352	451	455	359	341	164	91	82	55	2.776
1972-73	101	102	102	322	321	402	231	197	170	81	88	83	2.210
1973-74	65	122	157	305	287	263	206	244	150	108	103	72	2.082
1974-75	110	116	125	399	196	185	178	214	133	128	82	80	1.946
1975-76	92	115	130	225	241	198	201	154	82	187	80	103	1.808
1976-77	73	106	184	241	251	311	245	251	144	264	94	129	2.293
1977-78	148	237	227	330	502	473	373	428	352	253	285	197	3.805
1978-79	211	416	599	831	1.054	829	734	709	484	382	337	244	6.770
1979-80	353	349	372	637	628	513	529	389	279	325	258	226	4.858
1980-81	343	324	355	814	680	683	615	470	330	297	226	254	5.391
1981-82	246	256	300	356	499	482	228	405	361	238	212	275	3.858
TOTAL	2.267	2.663	3.285	6.090	6.744	6.535	5.887	5.091	3.556	2.982	2.335	2.147	49.582
%	4,57	5,37	6,63	12,28	13,60	13,18	11,87	10,27	7,17	6,01	4,71	4,33	100

INFECCION MENINGOCOCICA (1962-63 a 1981-82)
Evolución estacional



Hemos clasificado las diferentes localidades en cuatro grupos atendiendo a su número de habitantes: Capital, municipios de más de 20.000 habitantes que consideramos de carácter urbano, municipios de población comprendida entre 5.000 y 20.000 habitantes que consideramos de carácter semiurbano y municipios menores de 5.000 habitantes considerados como netamente rurales.

Entidad	Casos	Tasas/100.000 h.
Capital	614	5,22
Municipios mayores 20.000 hab.	275	4,42
Municipios de 5.000-20.000 hab.	371	5,76
Municipios menores de 5.000 hab.	143	4,36
Total provincial	1.403	5,08

Podemos ver como la mayor incidencia se presenta en los municipios considerados como de carácter semirural y que no hay una gran diferencia entre la morbilidad de los municipios rurales y la de la Capital, pese a su mayor aislamiento, escasez de lugares de pública concurrencia, de transportes colectivos, etc., medios que favorecerían la difusión del meningococo. Esto podríamos atribuirlo a una gran difusión del germen en nuestra provincia y al hecho de que la mayor parte de los casos se dan en menores de 10 años que viven prácticamente en las mismas condiciones (seno de la familia, escuela, etc.) tanto en el medio urbano como en el rural.

2.2. Distribución por comarcas naturales.

La distribución por comarcas naturales (cuadro 5 y gráfico 4) pone de manifiesto que la comarca de mayor morbilidad es la Sierra de Estepa con una tasa de 6,68 casos por 100.000 habitantes. Por encima de la media provincial se sitúan también la Marisma (6,30), la Sierra Sur (6,22), la Vega del Guadalquivir (5,31) y la Capital (5,22). La Sierra Norte, con una tasa de 3,38/100.000, es la comarca en que se registra una menor incidencia.

3. EL FACTOR PERSONA

3.1 Distribución por sexos.

La enfermedad es algo más frecuente en los varones que en las hembras, habiéndose registrado un 53,88% de los casos entre los primeros frente a un 46,12% entre las segundas (cuadro 6).

CUADRO 4
 INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
 Distribución por Municipios y Comarcas Naturales

1) EL ALJARAFE

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Albaida del Aljarafe	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	4
Almensilla	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Benacazón	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Bollullos de la Mitación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Bormujos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	4
Carrión de los Céspedes	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Castilleja de la Cuesta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	2	1	2	—	8
Castilleja del Campo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Espartinas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Gines	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Huevar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2
Mairena del Aljarafe	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	3	—	6
Olivares	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	—	—	1	13
Pilas	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	5
Salteras	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Sanlúcar la Mayor	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	1	6
Santiponce	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4
Tomares	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	4
Umbrete	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2
Valencina de la Concepción ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Villanueva del Ariscal	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	4
TOTAL	—	1	—	—	4	—	1	3	2	5	2	—	—	4	2	10	16	6	11	5	72

CUADRO 4
(Continuación)

2) LA CAMPIÑA

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Alcalá de Guadaira	—	—	—	—	2	—	1	2	6	2	1	2	2	1	1	7	8	2	9	—	46
Arahal	—	—	2	—	2	1	—	1	—	3	1	—	—	1	1	2	9	9	18	4	54
Cabezas de S. Juan, Las	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	—	1	1	—	1	2	3	6	2	20
Campana, La	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	—	7
Carmona	1	—	—	—	2	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	1	2	5	16
Coronil, El	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	—	—	4
Ecija	—	—	—	—	1	—	—	1	5	1	—	1	3	1	4	3	3	4	3	—	30
Fuentes de Andalucía	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3
Lentejuela	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Lebrija	—	—	—	—	—	2	—	1	7	1	—	—	1	—	—	4	2	1	5	2	26
Luisiana, La	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mairena del Alcor	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	6
Marchena	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	10
Molares, Los	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2
Osuna	—	—	—	—	—	—	1	—	2	3	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	8
Paradas	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	5
Rubio, El	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Utrera	—	—	1	—	2	1	—	1	4	2	—	—	—	1	1	—	3	2	6	1	25
Viso del Alcor, El	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	2	6
TOTAL	1	—	4	2	15	6	3	9	26	17	5	3	7	5	8	18	32	36	55	17	269

CUADRO 4
(Continuación)

3) LA SIERRA NORTE

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Alanís	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Almadén de la Plata	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Aznácollar	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4
Castilblanco de los Arroyos ...	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	5
Castillo de las Guardas, El	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Cazalla de la Sierra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Constantina	—	—	—	—	—	4	—	—	1	1	3	—	—	1	—	—	1	1	—	2	14
Garrobo, El	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gerena	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guadalcanal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guillena	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	4	—	6
Madroño, El	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Navas de la Concepción, Las	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Pedroso, El	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	3
Puebla de los Infantes, La	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	4
Real de la Jara, El	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Ronquillo, El	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
S. Nicolás del Puerto	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	—	2	—	—	—	4	—	1	5	2	4	1	1	4	—	2	3	3	7	4	43

CUADRO 4
(Continuación)

4) LA VEGA

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Alcalá del Río	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	2	2	2	3	14
Alcolea del Río	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	4
Algaba, La	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	1	4	4	2	15
Brenes	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2	4	1	3	2	16
Burguillos	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Camas	—	—	—	—	—	—	—	3	1	1	1	1	1	1	—	3	1	—	4	2	19
Cantillana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	—	4
Castilleja de Guzmán	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Coria del Río	—	—	1	—	1	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	4	1	1	1	13
Dos Hermanas	—	—	1	—	6	3	—	—	3	1	1	3	—	2	1	5	3	1	4	4	38
Gelves	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	4
Lora del Río	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1	—	—	1	3	—	—	—	—	4	1	18
Palacios, Los	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	1	—	—	1	2	—	3	—	13
Palomares del Río	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Peñaflor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	3	1	7
Rinconada, La	—	—	—	—	3	—	—	1	1	1	—	1	—	1	1	6	4	2	4	—	25
S. Juan de Aznalfarache	—	1	—	—	1	—	—	2	3	3	—	1	2	6	4	4	3	1	5	2	38
Tocina	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	1	—	5
Villanueva del Río y Minas	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	—	—	6
Villaverde del Río	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	—	6
TOTAL	—	1	5	1	13	4	—	8	21	10	6	8	5	16	9	27	28	26	42	17	247

CUADRO 4
(Continuación)

5) LA MARISMA

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Aználcazar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	2
Puebla del Río, La	—	1	—	—	1	1	—	—	5	1	—	2	—	1	—	—	3	2	3	—	20
Villamanrique de la Cond.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2
TOTAL	—	1	—	—	1	1	—	—	5	1	1	2	—	2	—	—	3	4	3	—	24

6) LA SIERRA DE ESTEPA

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Aguadulce	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Badolatosa	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	1	1	1	1	9
Casariche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2
Estepa	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	—	1	2	4	1	12
Gilena	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	—	8
Herrera	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	9
Lora de Estepa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marinaleda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Pedrera	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Roda, La	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	2	8
TOTAL	—	2	3	—	—	2	—	1	6	1	2	1	—	1	2	2	6	5	11	5	50

CUADRO 4
(Continuación)

7) LA SIERRA SUR

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
Algámitas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Coripe	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Corrales, Los	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Martín de la Jara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Montellano	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	3
Morón de la Frontera	1	2	—	—	3	—	2	2	4	5	2	1	1	—	3	1	6	13	8	3	57
Pruna	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Puebla de Cazalla, La	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	1	3	1	3	1	12
Saucejo, El	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Villanueva de S. Juan	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1

TOTAL 1 2 — — 3 1 3 5 8 9 3 1 1 — 4 2 10 16 11 4 84

8) LA CAPITAL

— 1 14 — 12 15 4 11 65 32 15 19 15 25 26 44 100 77 89 50 614

9) TOTALES

	62-63	63-64	64-65	65-66	66-67	67-68	68-69	69-70	70-71	71-72	72-73	73-74	74-75	75-76	76-77	77-78	78-79	79-80	80-81	81-82	Total
El Aljarafe	—	1	—	—	4	—	1	3	2	5	2	—	—	4	2	10	16	6	11	5	72
La Campiña	1	—	4	2	15	6	3	9	26	17	5	3	7	5	8	18	32	36	55	17	269
La Sierra Norte	—	2	—	—	—	4	—	1	5	2	4	1	1	4	—	2	3	3	7	4	43
La Vega	—	1	5	1	13	4	—	8	21	10	6	8	5	16	9	27	28	26	42	17	247
La Marisma	—	1	—	—	1	1	—	—	5	1	1	2	—	2	—	—	3	4	3	—	24
La Sierra de Estepa	—	2	3	—	—	2	—	1	6	1	2	1	—	1	2	2	6	5	11	5	50
La Sierra Sur	1	2	—	—	3	1	3	5	8	9	3	1	1	—	4	2	10	16	11	4	84
La Capital	—	1	14	—	12	15	4	11	65	32	15	19	15	25	26	44	100	77	89	50	614

TOTAL 2 10 26 3 48 33 11 38 138 77 38 35 29 57 51 105 198 173 229 102 1.403

INFECCION MENINGOCOCICA
 Sevilla 1962-63 a 1981-82
 Distribución comarcal (Casos)

Gráfico nº 3



CUADRO 5
 INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
 Distribución comarcal (Tasas por 100.000 habitantes)

Años	Aljarafe	Campaña	S. Norte	Vega	Marisma	S. Estepa	S. Sur	Capital	TOTAL
1962-63	—	0,33	—	—	—	—	1,26	—	0,14
1963-64	1,50	—	2,66	0,48	5,27	4,98	2,52	0,18	0,70
1964-65	—	1,32	—	2,40	—	7,47	—	2,52	1,82
1965-66	—	0,66	—	0,48	—	—	—	—	0,21
1966-67	6,00	4,95	—	6,24	5,27	—	3,78	2,16	3,36
1967-68	—	2,10	6,20	1,76	5,32	5,14	1,47	2,70	2,64
1968-69	1,37	1,05	—	—	—	—	4,41	0,72	0,88
1969-70	4,11	3,15	1,55	3,52	—	2,57	7,35	1,98	3,04
1970-71	2,74	9,10	7,75	9,24	26,60	15,42	11,76	11,70	11,04
1971-72	5,85	5,95	3,10	4,40	5,32	2,57	13,23	5,76	6,16
1972-73	2,34	1,80	6,44	2,52	5,32	5,36	4,77	2,55	2,66
1973-74	—	1,08	1,61	3,36	10,64	2,68	1,59	3,23	2,45
1974-75	—	2,52	1,61	1,41	—	—	1,59	2,55	2,03
1975-76	4,68	1,80	6,44	6,72	10,64	2,68	—	4,25	3,99
1976-77	2,34	2,88	—	3,78	—	5,36	6,36	4,42	3,57
1977-78	10,00	6,12	3,54	10,53	—	5,27	3,16	6,60	7,35
1978-79	16,00	10,88	5,31	10,92	15,24	15,80	15,80	15,00	13,86
1979-80	6,00	12,24	5,31	10,14	20,32	13,16	25,28	11,55	12,11
1980-81	11,00	18,70	12,39	16,38	15,24	28,96	17,38	13,35	16,03
1981-82	5,00	5,78	7,08	6,63	—	13,16	6,32	7,50	7,14
TOTAL	4,54	4,71	3,38	5,31	6,30	6,48	6,22	5,22	5,08

INFECCION MENINGOCOCICA

Sevilla 1962-63 a 1981-82

Distribución comarcal

(Tasas por 100,000 habitantes)

GRAFICO Nº 4



3.2. Distribución por grupos de edades.

La mayor parte de los casos de infección meningocócica se han concentrado en las primeras edades de la vida. El grupo de mayor incidencia está formado por los menores de 5 años, con un 59,73% de los casos. Le sigue el grupo de 5 a 9 años con un 21,53%. Esto supone que el 81,26% del total de casos se ha registrado en menores de 10 años. Con gran diferencia le sigue el grupo de 10 a 19 años (11,33%). A partir de los 20 años la incidencia es escasa de forma que todos los grupos de edades restantes solo suponen un 7,41% del total de casos (cuadro 7).

4. LA ENFERMEDAD

4.1. Distribución por formas clínicas.

Del total de casos notificados, 1.073 (76,48%) presentaron cuadros meningíticos y 330 (23,52%) fueron formas sépticas. Es de señalar que la proporción de formas sépticas en nuestra provincia es casi el doble de la media nacional que se sitúa alrededor del 12% (cuadro 8).

CUADRO 6
INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1961-62 a 1981-82)
Distribución por sexos

Años	Varones		Hembras		Total
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	
1962-63	—	—	2	100,00	2
1963-64	6	60,00	4	40,00	10
1964-65	17	65,38	9	34,62	26
1965-66	2	66,67	1	33,33	3
1966-67	23	47,92	25	52,08	48
1967-68	21	63,64	12	36,36	33
1968-69	9	81,82	2	18,18	11
1969-70	19	50,00	19	50,00	38
1970-71	76	55,07	62	44,93	138
1971-72	44	57,14	33	42,86	77
1972-73	26	68,42	12	31,58	38
1973-74	14	40,00	21	60,00	35
1974-75	16	55,17	13	44,83	29
1975-76	32	56,14	25	43,83	57
1976-77	29	56,86	22	43,14	51
1977-78	52	49,52	53	50,48	105
1978-79	101	51,01	97	48,99	198
1979-80	90	52,02	83	47,98	173
1980-81	126	55,02	103	44,98	229
1981-82	53	51,96	49	48,04	102
TOTAL	756	53,88	647	46,12	1.403

CUADRO 7 INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
Distribución por grupos de edades

Años	0-4	5-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50 y +	TOTAL
1962-63	2	—	—	—	—	—	—	2
1963-64	5	3	2	—	—	—	—	10
1964-65	16	6	4	—	—	—	—	26
1965-66	2	1	—	—	—	—	—	3
1966-67	29	13	6	—	—	—	—	48
1967-68	16	12	5	—	—	—	—	33
1968-69	7	3	1	—	—	—	—	11
1969-70	24	10	2	—	—	1	1	38
1970-71	71	36	14	2	3	5	7	138
1971-72	54	17	5	—	—	1	—	77
1972-73	30	6	1	—	—	—	2	38
1973-74	28	5	1	—	—	—	—	35
1974-75	20	3	4	1	1	—	—	29
1975-76	32	15	7	1	—	—	2	57
1976-77	29	9	8	3	—	1	1	51
1977-78	75	17	8	2	—	3	—	105
1978-79	100	44	33	5	1	3	14	198
1979-80	95	33	22	6	2	4	9	173
1980-81	150	42	25	2	2	2	6	229
1981-82	53	27	11	4	—	3	4	102
TOTAL	838	302	159	26	9	23	46	1.403
%	59,73	21,53	11,33	1,85	0,64	1,64	3,28	100

CUADRO 8 INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
Distribución por formas clínicas

Años	Meningeas		Sepsis		Total
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	
1962-63	2	100	—	1 —	2
1963-64	8	80,00	2	20,00	10
1964-65	19	73,08	7	26,92	26
1966-67	3	100	—	—	3
1967-68	40	83,33	8	16,67	48
1968-69	20	60,61	13	39,39	33
1969-70	32	84,21	6	15,79	38
1970-71	123	89,13	15	10,87	138
1971-72	64	82,12	13	16,88	77
1972-73	30	78,95	8	21,05	38
1973-74	27	77,14	8	22,86	35
1974-75	26	89,66	3	10,34	29
1975-76	45	79,95	12	21,05	57
1976-77	39	76,47	12	23,53	51
1977-78	81	77,14	24	22,86	105
1978-79	172	86,87	26	13,13	198
1979-80	128	73,99	45	26,01	173
1980-81	138	60,26	91	39,74	229
1981-82	65	63,73	37	36,27	102
TOTAL	1.073	76,48	330	23,52	1.403

CUADRO 9
INFECCION MENINGOCOCICA (Sevilla 1962-63 a 1981-82)
 Distribución por grupos del meningococo

AÑOS	No aislado	No tipado	A	B	C	Otros	TOTAL
1962-63	—	2	—	—	—	—	2
1963-64	1	9	—	—	—	—	10
1964-65	—	26	—	—	—	—	26
1965-66	—	3	—	—	—	—	3
1966-67	—	48	—	—	—	—	48
1967-68	10	23	—	—	—	—	33
1968-69	3	8	—	—	—	—	11
1969-70	9	29	—	—	—	—	38
1970-71	76	62	—	—	—	—	138
1971-72	68	9	—	—	—	—	77
1972-73	5	33	—	—	—	—	38
1973-74	16	10	2	7	—	—	35
1974-75	10	16	—	3	—	—	29
1975-76	27	15	—	15	—	—	57
1976-77	9	23	1	18	—	—	51
1977-78	29	30	4	42	—	—	105
1978-79	67	43	16	66	—	6	198
1979-80	46	27	3	89	2	6	183
1980-81	85	36	—	101	1	6	229
1981-82	47	22	—	32	—	1	102
TOTAL	508	474	26	373	3	19	1.403

4.2. Distribución por grupos del meningococo.

Sólo en 895 casos se ha podido demostrar la presencia del meningococo, bien al microscopio o por cultivo, el resto fueron diagnosticados por la clínica.

A partir de 1974 comenzaron los tipajes de neisserias por lo que sólo disponemos de este dato en 421 casos que suponen el 30% del total. No obstante consideramos que constituyen una muestra suficientemente significativa para permitirnos conocer los grupos de meningococos circulantes.

Del grupo A se han registrado 26 casos (6,18%), del grupo B 373 (88,60%), del grupo C 3 casos (0,71%), del grupo Y 1 caso (0,24%), 10 fueron no aglutinables (2,38%), 7 poliaglutinables (1,66%) y 1 autoaglutinable.

Queda pues de manifiesto que el grupo B es el responsable principal de la infección meningocócica en nuestra provincia (cuadro 9).

5. CONCLUSIONES

Desde el 1-10-1962 al 30-9-1982 se han declarado en la provincia de Sevilla 1.403 casos de infección meningocócica.

La enfermedad ha evolucionado en tres ondas con máximos en los años 1966-67, 1970-71 y 1980-81 que cada vez superan los valores del máximo anterior y van seguidos de mínimos así mismo superiores a los anteriores de forma que, en su conjunto, se está produciendo un incremento de la morbilidad que parece haber llegado a su acmé en 1980-81 y que, aunque en 1981-82 ha comenzado un descenso, éste nos permite predecir si se trata del comienzo de la fase descendente de la onda epidémica o es simplemente uno más de los movimientos de ascenso y descenso que la configuran.

Comparada con la española, la incidencia en la provincia de Sevilla se mantiene por debajo de la media nacional excepto en 1966-67, 1970-71 y 1980-81 en que es ligeramente superior.

La comarca de mayor morbilidad es la Sierra de Estepa y la menor incidencia se registra en la Sierra Norte.

Pese a que sólo puede considerarse con carácter de endemidad en la Capital y algunos municipios de mayor número de habitantes, no se aprecia una gran diferencia en la incidencia entre el medio urbano y el rural.

La enfermedad es algo más frecuente entre los varones que entre las hembras y el grupo de edades más afectado es el de 0-4 años, seguido del de 5 a 9 años de forma que el 81,26% de los casos se han presentado en menores de 10 años.

El porcentaje de formas sépticas es casi el doble que la media nacional y entre los 421 casos en que se ha hecho el tipaje de la neisseria el grupo B supone el 88,60%.

RESUMEN

Se estudian los casos de infección meningocócica notificados en la provincia de Sevilla entre el 1-10-1962 y el 30-9-1982 comprobándose que la enfermedad evoluciona en tres ondas cuyos máximos y mínimos son cada vez más altos dando como resultado una onda que parece haber llegado a su acmé en 1980-81.

La enfermedad afecta principalmente a las edades más tempranas de forma que el 81,26% de los enfermos eran menores de 10 años.

El meningococo del grupo B aparece como principal responsable de la enfermedad (88,60%).

RESUME

On étudie dix cas d'infection meningococcique déclarés dans la province de Seville entre le 1-10-1962 et le 30-9-1982, en constatant que la maladie évolue avec trois ondes dont les maximums et les minimums sont chaque fois plus hautes et ils donnent comme résultat une ondulation qui semble avoir arrivé à son acmé dans 1980-81. La maladie affecte principalement aux âges les plus jeunes de manière que le 81,26% des malades avaient moins de 10 ans. Le meningocoque du group B est le principal responsable de la maladie (88,60%).

SUMMARY

Ten cases of meningococcal infection reported in the province of Sevilla from 1-10-1962 to 30-9-1982, are studied verifying that the disease evolves in three waves whose maximums and minimums are each time higher, giving as a result a wave that seems having reached its acme in 1980-81. The disease affects mainly to the youngest ages in such a way that the 81,26% of the patients were younger than 10 years. The meningococcus group B is the main responsible of the disease (88,60%).

Estudio Médico-Social de casos asistidos por abuso de consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas

Sarriá Amigot, J.
Arribas Llorente, J.L.
Sarasa Concellón, J.
Muniesa Cuenca, M.P.
García Mata, J.R.
Pastor Eixarch, S. y
Aldanondo, M.P.

En la actualidad los problemas relacionados con el abuso de consumo de bebidas alcohólicas como el de otras drogas, -embriaguez e intoxicaciones aguda y crónica- (1, 6, 7, 22) y la falta de recursos para su asistencia tanto sanitaria como social (3, 11, 13, 16, 18) constituyen un factor de progresiva preocupación -enfermedad social- (9, 19), tanto para la Sociedad como para la Medicina Preventiva y Social.

Sin embargo, los estudios epidemiológicos sobre este tema se hacen cada vez más dificultosos, no solo por el creciente número de casos (1, 8, 10, 24) sino también por el creciente número de factores causales, como son entre otros: la permisibilidad de venta, los deseos de sociabilidad y de cambio, la distracción de la pesadez de vida y de nuevas experiencias, de inseguridad, la solidaridad en vez de soledad... en una palabra, de «crisis social». De ahí el dilema: «Que si se prohíbe la venta libre, de estas sustancias se

fomenta el comercio oculto, la venta de drogas adulteradas y el crimen; y si se permiten las drogas, debe contarse -por lo menos, durante cierto tiempo- con las consecuencias desagradables de abusos sin medida» (KRETSCHMER).

Y esas consecuencias desagradables del abuso de consumo son inmediatas las embriagueces e intoxicaciones agudas, y a más largo plazo las intoxicaciones crónicas y/o toxicomanías, con sus repercusiones tanto médicas como sociales, que son las que determinan los crecientes ingresos en los Servicio de Medicina Preventiva, y son declarados trimestralmente al INSALUD PROVINCIAL.

Por eso, al encargarse nuestro Servicio de Medicina Preventiva del Control estadístico de los casos asistidos en el Servicio de Urgencias del Departamento de Medicina Interna (Dr. J.R. Muñoz), como de los casos ingresados en las plantas de Hospitalización del citado Servicio, nos hemos planteado este trabajo de investigación.

MATERIAL Y METODOS

El control estadístico de los casos asistidos por abuso de alcohol y otras drogas en el Departamento de Medicina Interna tanto en el Servicio de Urgencias como en las plantas de Hospitalización desde el 4º trimestre de 1980, se inscriben en un libro de Registro General por la Asistente Social del Servicio de Medicina Preventiva, y son declarados trimestralmente al INSALUD PROVINCIAL.

Esto, nos llevó a revisar las Historias Clínicas de todos los casos declarados desde el 4º trimestre de 1980 y de los años 1981 y 1982.

Han sido un total de 269 historias y de ellas se han descartado 18 porque no eran los casos específicamente estudiados o por extravío de Historias o Historias incompletas (Tabla I).

HISTORIAS REVISADAS	269
HISTORIAS DESCARTADAS	18
NUM. TOTAL DE HISTORIAS ESTUDIADAS	251

TABLA I.- Número de Historias revisadas y
Número de Historias estudiadas.

Los casos seleccionados de las Historias Clínicas han sido pasados a una ficha -que nosotros hemos confeccionado- (Gráfica I), y que nos ha facilitado la recogida de datos y la tabulación y estudio epidemiológico indirecto del problema dentro de un Hospital General, y su correspondiente

servicio de Urgencias. Por estar algunos datos incompletos no han podido ser computarizados en el IBM de nuestro Servicio.

Las Historias Sociales realizadas por la Asistente Social, en alguno de los casos asistidos, y, solicitado por el Departamento de Medicina Interna, las hemos considerado en número insuficientes para el estudio y seguimiento de los mismos.

Para hallar los Indices de Estancia Media General, hemos tenido en cuenta la definición de Estancia que se utiliza para el conocimiento del Rendimiento de las Instituciones Sanitarias, según Real Decreto de 2-IX-78, para los casos de alcoholismo crónico. Sin embargo, para el resto de los casos, hemos considerado la estancia única de un día o simplemente la prestación de asistencia por el Servicio de Urgencias, aunque en algunos casos sólo hayan sido unas horas. En los Resultados habrá que tener en cuenta estos criterios para su valoración.

Los resultados totales los exponemos a continuación en TABLAS y GRAFICOS de los 251 casos estudiados y durante el periodo de tiempo citado.

GRAFICA I.—Modelo de ficha médico-social.

ALCOHOLISMO, OTRAS TOXICOMANIAS E INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS

CIUDAD SANITARIA. RESIDENCIA GENERAL
SERVICIO MEDICINA PREVENTIVA
ZARAGOZA

FICHA MEDICO-SOCIAL, N°

Apellidos:	Nombre:	Hª. N°.:
Edad:	Naturaleza:	Estado civil:
Profesión:	Domicilio:	
<i>Unidad de Urgencias:</i>		
Fecha Ingreso:	Fecha Salida:	Total días:
Diagnóstico médico:		
<i>Servicio Asistencia Social:</i>		
Diagnóstico Social:	Hª. Social N°.:	
<i>Orientación Terapéutica:</i>		
<i>Ingreso en Planta:</i>		
Fecha Ingreso:	Fecha Salida:	Total días:
Diagnóstico enfermedad:		
<i>Reingreso en Planta:</i>		
Fecha Ingreso:	Fecha Salida:	Total días:
Diagnóstico enfermedad:		

OBSERVACIONES:

RESULTADOS

Nuestro deseo hubiera sido el poder exponer todos los resultados que habían sido planificados en la Ficha médico-social (Gráfico I), pero como decíamos en el apartado de Material y Métodos, a pesar de haber descartado las historias incompletas, historias extraviadas o que han sido inscritas por otra problemática social, y por la que fue requerida la Asistente Social del Servicio, han sido estudiadas un total de 251 Historias Clínicas.

También queremos consignar que los casos de embriaguez e intoxicación aguda, sobre todo y como es comprensible, al ser un Servicio de Urgencias General, son asistidos exclusivamente desde el punto de vista médico, agilizando al máximo la atención, y con un diagnóstico médico correcto, -salvo los casos de coma u otras complicaciones orgánicas graves-, y la evolución clínica es favorable, la Estancia y/o Alta hospitalaria es cuestión de horas. Todo esto, dificulta la recogida de datos, que consideramos importantes tanto epidemiológicamente como para la asistencia médico-social integral, que normalmente deben necesitar estos enfermos.

El número de casos registrados desde el 4º trimestre de 1980, y de los años 1981 y 1982 y por sexos ha sido el siguiente:

	1980	1981	1982
VARONES	12	96	104
HEMBRAS	4	16	19
TOTALES	16	112	123

Este aumento progresivo de casos asistidos, creemos que ya es demostrativo.

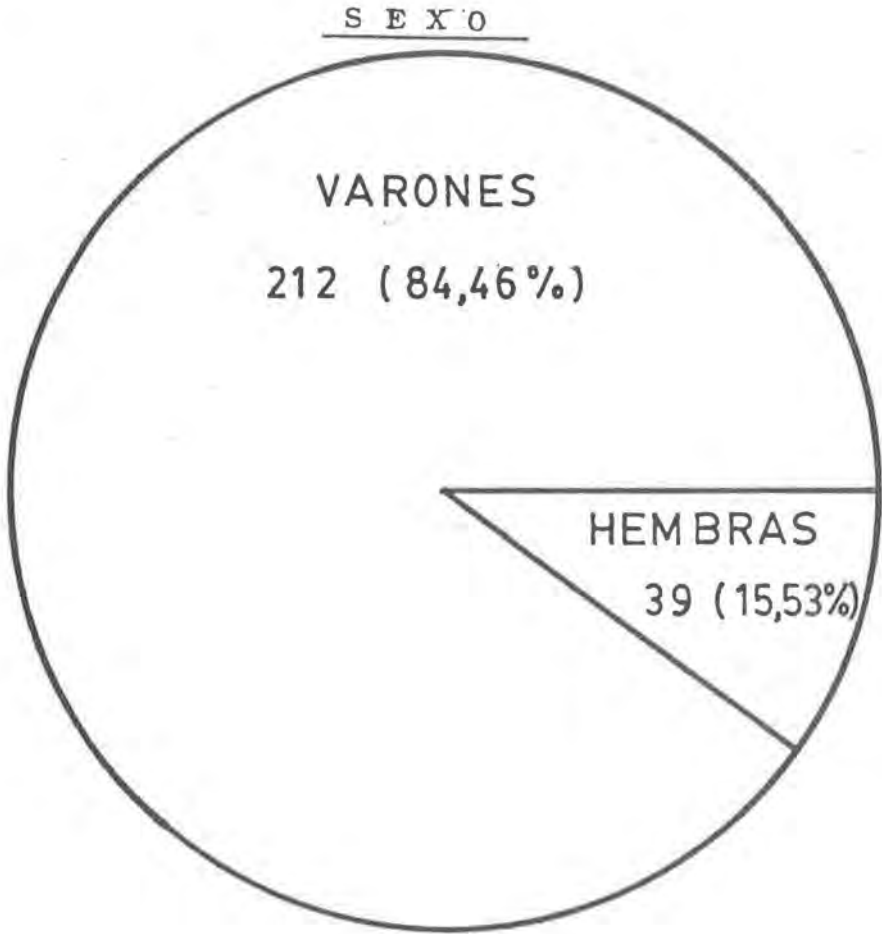
En la gráfica II exponemos el sexo de todos los casos estudiados en las Historias Clínicas, encontrando un claro predominio de varones (84,46%).

Los Grupos de distribución de *Edades/Sexo* comienza en los 12 años, dos casos de niñas, y llega hasta 60 y más, siendo el máximo el caso de un varón de 81 años (Tabla II). Resaltamos también el grupo de mujeres de 15 a 29 años, con 66,65% de los 39 casos de mujeres, y también a partir de los 35 hasta los 54 años en hombres con un 51,39% de los casos, así como en los menores de 20 años, también en varones.

En el *Estado Civil* (gráfica III) se destaca el tanto por ciento de solteros (38,64%) y el de separados (11,95%).

Las *Profesiones* las exponemos en la tabla III. Resalta el grupo de parados, (42 casos) y el grupo de pensionistas, (62 casos).

La *Naturaleza y el Domicilio* (tabla IV). Sobresalen los de fuera de Zaragoza y Provincia, podríamos decir los emigrantes de otras



GRAFICA II.— Sexo en el número total de casos estudiados

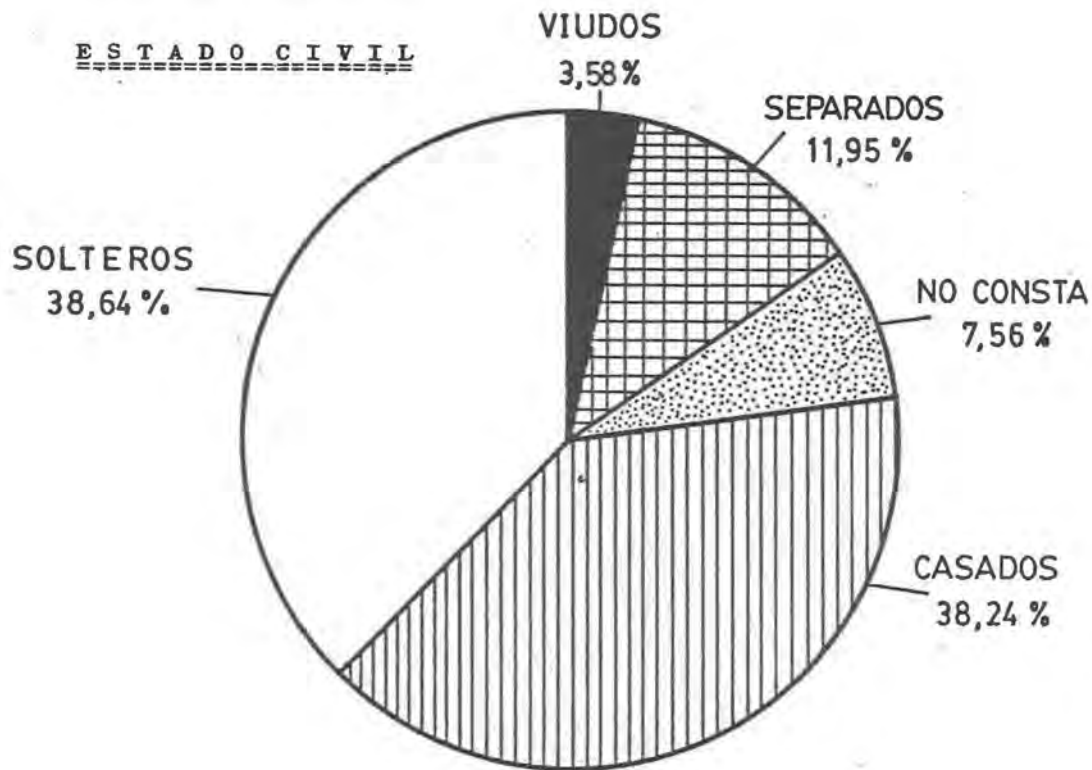
provincias, hacia una ciudad en creciente desarrollo, como la nuestra.

Uno de los resultados que consideramos más importantes es el de *Diagnóstico* (Tabla V) porque han sido hechos por el propio Departamento de Medicina Interna, tanto de etilismo agudo, -traducido al de *embriaguez*, y como abuso de consumo de alcohol-, e igualmente los grupos de intoxicación *alcohol + medicamento*, *alcohol + droga*, *droga sola* y el de *alcoholismo crónico* para los casos ingresados en plantas de Hospitalización y otros procesos orgánicos cuyo factor etiológico de riesgo es el alcohol, y que no han sido analizados individualmente en este trabajo y por tanto intentaremos sea motivo de otro estudio, juntamente con los casos asistidos en UCI.

TABLA II.—Grupos de edad/sexo.

EDAD	SEXO					
	H		V		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
De 12 a 14 años	2	5,12	1	0,47	3	1,19
De 15 a 19 años	11	28,20	26	12,26	37	14,74
De 20 a 24 años	6	15,38	10	4,71	16	6,37
De 25 a 29 años	29	23,07	13	6,13	22	8,76
De 30 a 34 años	3	7,69	15	7,07	18	7,17
De 35 a 39 años	1	2,56	29	13,67	30	11,95
De 40 a 44 años	1	2,56	28	13,20	29	11,55
De 45 a 49 años	2	5,12	25	11,79	27	10,75
De 50 a 54 años	1	2,56	27	12,73	28	11,15
De 55 a 59 años	1	2,56	15	7,07	16	6,37
De 60 a más años	2	5,12	14	6,60	16	6,37
Desconocida	0	0,00	9	4,24	9	3,58
Total	39	99,94	212	99,94	251	99,95

En la tabla VI se exponen los casos de *Intoxicación aguda* que han sido asistidos en el Servicio de Urgencias y UCI, por: *alcohol + droga*, *alcohol + medicamento* y *droga sola*, relacionando el tóxico utilizado o asociado al



GRAFICA III.— Estado civil en tanto por ciento del total de casos estudiados

TABLA III.—Grupos de Profesiones.

PROFESIONES	NUM.	%
1) Profesionales y Técnicos	3	1,10
2) Agricultura y Ganadería	6	2,30
3) Construcción y Transportes	30	11,1
4) Servicios	38	15,0
5) Estudiantes	16	6,0
6) Pensionistas	62	24,6
7) Paro	42	16,0
8) Otros	8	3,1
9) Desconocido	46	18,0
TOTAL	251	97,2

TABLA IV.—Naturaleza/Domicilio de los casos estudiados.

	NATURALEZA		DOMICILIO	
	NUM.	%	NUM.	%
ZARAGOZA	51	20,3	202	80,4
PROVINCIA	54	21,5	35	13,9
OTROS	79	31,4	14	5,5
DESCONOCIDO	67	26,6	0	—
TOTAL	251	99,8	251	99,8

TABLA V.—Diagnóstico/Sexo expresado en número y tanto por ciento

DIAGNOSTICOS	HEMBRAS		VARONES		TOTAL	
	NUM.	%	NUM.	%	NUM.	%
Embriaguez	15	38,46	70	33,01	85	33,86
Alcoholismo crónico	12	30,76	122	57,54	134	53,38
Alcohol + Droga	2	5,12	2	0,94	4	1,59
Alcohol + Medicamento	10	25,64	16	7,54	26	10,35
Drogas	0	0,00	2	0,94	2	0,79
TOTAL	39	99,98	212	99,98	251	99,97

alcohol, la clase de medicamento asociado al alcohol y a la clase de droga. Se correlacionan con *sexo y edad*.

En estos casos llama la atención el número de mujeres (37,5%) en estos grupos y la edad media en el número total de casos y por grupos.

La *Estancia Media General* (Tabla VII) más real, y como explicamos en el apartado de Métodos, es el de los casos de alcoholismo crónico, y que fueron asistidos en Planta de hospitalización, para los que obtenemos una *Estancia Media General* de 15,78 días.

TABLA VI.—Correlación Alcohol + Medicamento, Alcohol + Droga, y otros sexo/edad.

	Sexo		Total	Edad Media
	H	V		
ALCOHOL + MEDICAMENTO				
ALCOHOL + ANFETAMINAS	2	1	3	18,6 años
ALCOHOL + TRANQUILIZAN.	6	7	13	30,8 años
ALCOHOL + ANALGESICOS	0	3	3	25,6 años
ALCOHOL + CIANAMIDA	0	2	2	46,5 años
ALCOHOL + DROGA				
ALCOHOL + CANNABIS	2	2	4	19 años
DROGAS				
CANNABIS	0	1	1	20 años
HEROINA		1	1	20 años
Otros no definidos	2	3	5	46,4 años
	Nº casos		%	
Varones	20	62,5		
Hembras	12	37,5		
TOTAL	32	100,0		

DISCUSION

En este apartado de nuestro trabajo, no queríamos entrar en discusión sobre si el alcoholismo es un fenómeno social creciente o si el abuso de consumo del alcohol o de otras drogas debe llamarse embriaguez o intoxicación aguda o si debe ser permitido y legalizado el uso y consumo de todas las

TABLA VII.— Estancia Media General.

(Rendimiento de las Instituciones Hospitalarias; O. M. 2-IX-1978).

ESTANCIA MEDIA GENERAL

1)	Estancia Media General,	=	$\frac{\text{Total de estancias}}{\text{Total de ingresos}}$	=	$\frac{2.272}{251}$	=	9,05 días
2)	Estancia Media General (Embriaguez)	=	$\frac{\text{Total estancias embriaguez}}{\text{Total ingresos embriaguez}}$	=	$\frac{95}{85}$	=	1,11 días
3)	Estancia Media General (Alcoholismo crónico)	=	$\frac{\text{Total estancias A. crónico}}{\text{Total ingresos A. crónico}}$	=	$\frac{2.115}{134}$	=	15,78 días
4)	Estancia Media General (Alcohol + droga)	=	$\frac{\text{Total estancias A+D}}{\text{Total ingresos A+D}}$	=	$\frac{4}{4}$	=	1 día
5)	Estancia Media General (Alcohol + Medicamento)	=	$\frac{\text{Total estancias A+M}}{\text{Total ingresos A+M}}$	=	$\frac{56}{26}$	=	2,15 días
6)	Estancia Media General (Drogas)	=	$\frac{\text{Total estancias Drogas}}{\text{Total ingresos Drogas}}$	=	$\frac{2}{2}$	=	1 día

drogas. Creemos que es mucho más importante analizar, observar y estudiar unos *hechos que están originando una asistencia médica y unos ingresos hospitalarios* que hacen que sea considerado el alcoholismo, y las toxicomanías en general, como una creciente y preocupante *enfermedad social* (9), y que está exigiendo unos *planteamientos de planificación asistencial médico-psiquiátrica-social urgente* (12, 16); y porque tiene, como es de sobra conocido, unas *consecuencias orgánicas, económicas y sociales graves* (4, 5, 15, 22).

En las 215 Historias Clínicas encontramos, que el mayor número de ingresos en Plantas de Hospitalización es en varones de 35 años en adelante por: pancreatitis agudas y crónicas, esofagitis, gastritis, úlcera duodenal, hipoglucemias, obesidad, neuropatías, cardiomiopatías, cirrosis, encefalopatías... alteraciones orgánicas que han comenzado siendo banales y terminan en procesos orgánicos irreversibles, y como otros autores reconocen (1, 5, 22).

Creemos que es muy significativo el aumento porcentual (14,74%) en varones por el abuso de consumo de alcohol -*embriaguez*-, que consideramos necesario ser estudiado más en profundidad, aunque haya estudios que coinciden con nosotros, pero obtenidos por encuestas (2, 10, 21) y no por ingresos hospitalarios. Igualmente lo encontramos en mujeres entre los 15 y los 30 años, y en dos casos de niñas de 12 años.

El *estado civil*, al igual que otros autores (1,22) encontramos las cifras más significativas en solteros (38,64%) y separados (11,95%).

En las *profesiones* es de destacar el grupo de pensionistas con -62 casos- en los ingresados por alcoholismo crónico en plantas de hospitalización, y con una edad media de 51,6 años, y también el grupo de parados con -42 casos-. Creemos que en ambos grupos sería necesario investigar más a fondo, con Historias Sociales, tratando de encontrar otros factores socio-laborales y médicos que les han llevado a esta situación, y así, poderles atender integralmente.

El *domicilio* creemos que no es muy valorable debido a que este Centro Hospitalario atiende a Zaragoza y provincia, aunque sí se recogen casos de embriaguez aguda.

En cuanto a la *naturaleza* se destaca un alto tanto por ciento de emigrantes (31,4%) que recoge nuestra ciudad por muy diversos factores.

En el planteamiento de nuestro trabajo también intentamos relacionar los casos de *alcoholismo* y el *tipo de bebidas consumidas*, ya que nuestra provincia es una importante región productora de vino, y solamente encontramos el vino como responsable en los casos de alcoholismo crónico (53,38%) y muchas veces con consumo mixto fermentadas-destiladas. Si existe una diferencia notable en los casos de alcoholismo crónico en

varones (57,54%) con el de mujeres (30,76%). En la embriaguez casi siempre se da el consumo mixto fermentadas-destiladas o sólo destiladas y suponen el 33,86% del total de casos estudiados, y el 38,46% para las mujeres y en hombres el 33,01% (Tabla V). Creemos que el tipo de bebidas destiladas está desplazando el consumo de vino y que la patología orgánica aparece antes (14).

Al estudiar los casos recogidos en la Tabla VI y sus *correlaciones* -edad/sexo-, el número total de estos casos asciende a 32, correspondiendo el 37,5% a mujeres que es significativamente más alto que en el conjunto de casos totales. Pero es que si además tenemos en cuenta que excepto las dos mujeres clasificadas en el grupo de otros fármacos no definidos y con una edad de 46,4 años, la intoxicación es más probable que sea accidental o intento de suicidio. El resto de casos de mujeres -10 casos- se encuentra en los grupos que asocian el *alcohol con anfetaminas, derivados de cannabis y tranquilizantes* y con una media de *edades* y por grupos de intoxicación de 18,6 años; 19 años, y 30,8 años. Lo cual nos viene a confirmar la opinión de que la mujer no solo se va acercando a las costumbres del varón, en cuanto al consumo de alcohol, sino que este acercamiento es más rápido en sus efectos por la potenciación que supone la asociación con medicamentos u otras drogas (13), y como una «moda» en su forma de consumo, y la ocultación en su uso.

Y como final, lo que supone a la sociedad y a la Seguridad Social el *coste económico* de la *Estancia Media General* en nuestro Centro Hospitalario por *alcoholismo crónico*, que es de 15,78 días. Y como dice MORRIS (15) «Los costes del abuso de alcohol se podrían clasificar en dos elementos principales: primero, los costes sociales, que incluyen la disminución y la pérdida de productividad, el aumento en el uso de servicios médicos y en el número de accidentes y de crímenes; y, segundo, los costes particulares, los daños que sufre el individuo y la familia, que resulta muy difícil cuantificarlo y expresarlo en dinero».

CONCLUSIONES

- * Creemos que está cambiando el abuso de consumo de bebidas alcohólicas de fermentadas a destiladas, y en edades muy jóvenes y asociadas a productos que se potencian en sus efectos.
- * La embriaguez está apareciendo en edades muy jóvenes en el sexo femenino y por supuesto en el masculino.
- * Consideramos necesario y urgente para la asistencia médico-social de estos enfermos la creación de equipos interdisciplinares -médico-internista, psiquiatra y asistente social- en los Servicios de Urgencias de los Hospitales Generales.

- * La necesidad de creación de Centros de día para el control y seguimiento de esos casos, y, para ello consideramos necesario la creación de una Ficha epidemiológica que se pueda computarizar.
- * Y por último, la necesidad de una Educación Sanitaria lo más integral posible a nivel de familia y Centros escolares en edades tempranas, sobre el uso y abuso en el consumo de alcohol y otras drogas.

RESUMEN

Del estudio de 251 historias clínicas de los casos declarados en el 4º trimestre de 1980 y 1982, los autores deducen que se está cambiando de las bebidas alcohólicas fermentadas a las destiladas y que la edad de comienzo del hábito y de la embriaguez es cada vez menor. Se destaca la necesidad de equipos multidisciplinarios de asistencia en los servicios de urgencia de los hospitales generales y de la creación de Centros de Día para el seguimiento de esos casos. Asimismo se considera necesario implantar una ficha epidemiológica computarizable así como la educación para la salud sobre el uso y abuso de las drogas.

RESUME

De l'étude de 251 histoires cliniques des cas déclarés dans le quatrième trimestre de 1980 et les années 1981 et 1982, les auteurs déduisent que on est en train de changer des boissons alcooliques fermentés aux distillées et que l'âge de commencement de l'habitude et de l'ivresse est chaque fois moindre. On détache le besoin d'équipes multidisciplinaires de soins dans les services d'urgence des hôpitaux générales et de la création des Centres de Jour pour la poursuite de ces cas. Aussi on considère nécessaire l'implantation d'une fiche épidémiologique computarizable ainsi que l'éducation pour la santé sur l'usage et l'abus des drogues.

SUMMARY

From the study of 251 clinical records of the registered cases in the fourth quarter of 1980 and the years 1981 and 1982, the authors infer that there is a change in the use of alcoholic beverages from fermented to distilled ones and that the age of start the habit and of drunkenness is every time earlier. The need of multidisciplinary teams in the emergency services of the general hospitals and the establishment of Day Centres for the follow up of cases is emphasized. Also it is considered the need of creating and epidemiological computarizable card and of developing health education programmes on the use and abuse of drugs.

BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO FERNANDEZ, F. «Bases psicosociales del alcoholismo». Real Academia Nacional de Medicina. Madrid 1979.
2. BATTIG, K. «Consumo de fármacos psicoactivos y de drogas ilegales entre los estudiantes universitarios de Zurich». *Rev. Med. Suiza*, 11: 303-309, 1971.

3. CANALS, E. «El alcoholismo en España». *Athena*, 40: 4-10, 1976.
4. Centro Asistencial de drogas de la Cruz Roja. *Profesión e Investigación y Clínica Médica (PICM)*, 7-13 abril, 1983.
5. CIVEIRA, F. y cols. «Alcoholismo e hígado». II CONGRESO DE MEDICINA ARAGONESA. Zaragoza 1973.
6. EDITORIAL. «El alcohol un peligro creciente». *Crónica de la O.M.S.*, 29: 108-111, 1975.
7. EDITORIAL. «Problemas relacionados con el alcohol». *Crónica de la O.M.S.*, 33: 413-418, 1975.
8. EDITORIAL. *Rev. Asociación Aragonesa de Ex-alcohólicos*. 1: 1, 1983.
9. EDITORIAL. «Alcoholismo, enfermedad social». *Medicina Integral*, 2: 13, 1981.
10. GOMEZ LOPEZ, L.I. «Estudio del consumo de alcohol y de las actitudes hacia el mismo en un barrio urbano (Oliver) de Zaragoza». Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria. INSALUD, Zaragoza 1982.
11. Instituto de Salud Mental (IMSAM) de la Diputación de MADRID. «Estudio sobre Servicios de Urgencias Psiquiátricas y demanda de estos Servicios en la provincia de Madrid». *Profesión e Investigación y Clínica Médica (PICM)* 17-23 febrero, 1983 y *Tribuna Médica*, 975: 18-20, 1983.
12. LOPEZ GARCÍA-FRANCO, P. «Congreso Internacional sobre Psiquiatría en Hospital General». *Tribuna Médica*, 976: 12, 1983.
13. MAHLER, R. y EVANS, M. «Alcoholismo». *Medicine*, 24: 1.544-1.552, 1979.
14. MORALES, J.M. y HERNANDEZ, J. «Alcoholismo ¿Qué hacer?». *Medicine*, 24: 1.553-1.566, 1979.
15. MORRIS, A. «Los costes del alcoholismo y los beneficios de la prevención del tratamiento». *El Médico*, 8: 21-32, 1980.
16. MUÑOZ, P.E. Informe. Documento Privado sobre Salud Mental. Diputación de MADRID, 1983. *El Médico*, 11-17, 1983.
17. PARDO, I.J.M., GONZALEZ DE LA RIVA Y MARCOTEGUI, F. «Análisis y problemática de las intoxicaciones en la Residencia Sanitaria Virgen del Camino de Pamplona». XXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Farmacéuticos de Hospitales. Puerto de Santamaría (Cádiz), 1980.
18. RUBEN ORTEGA, J.A. «El alcoholismo grave problema sanitario». *El Médico*, 4-10 Marzo 1983.
19. SARRIA, J. Curso de Enfermería y Salud Pública. «Enfermedades Sociales; Etiología, Fisiopatología y Diagnósticos Sociales». INSALUD. Universidad de Zaragoza, 1981, pág. 219-224.
20. SARRIA, J. y ARRIBAS, J.L. Comunicación I Jornadas Regionales de Acción Social. Zaragoza, 1983.
21. SEVA, A., VAZQUEZ, A.J.J. y TEJERO, J. «Los comportamientos frente al alcohol, tranquilizantes y estimulantes de la población activa de la Ciudad de Zaragoza». XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Málaga, 1971.
22. SEVA, A. «Psiquiatría Clínica». Editorial Expasa. Pág. 419 y stes. Barcelona, 1979.
23. VALBUENA, A. «Las toxicomanías». *Tribuna Médica*, nº 983. 1983.

24. 1ª JORNADA MADRILEÑA DE ALCOHOL Y OTRAS TOXICOMANIAS. «Primer encuentro sobre prevención de Toxicomanías», Madrid, 1983, *Tribuna Médica*, 981: 12-14, 1983.

J. SARRIA, J.L. ARRIBAS, J. SARASA, M.P. MUNIESA, J.R. GARCIA, S. PÁSTOR, M.P. ALDANONDO.

Estudio epidemiológico del reumatismo cardiovascular en España y en la provincia de Valencia

Dr. J. Sánchez-Buenaventura (1)

Ldo. A. Sabater Pons (2)

Lda. M^a L. Mustieles Blasco (3)

Lda. M^a C. Sancho Castaño (4)

INTRODUCCION

Se define la fiebre reumática como un proceso de curso agudo y tendencia recurrente que surge como complicación no supurada del tejido conectivo, al cabo de una a cinco semanas generalmente, de las infecciones de vías respiratorias superiores por cualquiera de los diversos tipos de estreptococos beta-hemolíticos del grupo A de Lancefield; y en una proporción que oscila entre el 0,5 y el 3,0 por 100 de todas éstas. Señalándose que el vínculo entre dichas infecciones y el reumatismo articular agudo implica reacciones de tipo inmunológico, ya sea celular o humoral, con ciertos constituyentes del colágeno o con las células del miocardio. Y considerando que la patogenicidad de los estreptococos del grupo A depende en gran parte de anticuerpos específicos de tipo, se comprende que las reinfecciones de las vías respiratorias altas tengan comúnmente efectos nocivos dada la escasa inmunidad cruzada existente entre los más de cincuenta tipos de aquellos conocidos actualmente.

(1) (3) y (4). Inspección de Sanidad y Salud de la Dirección Provincial de Sanidad y Consumo de Valencia

(2). Colaborador docente de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la F. de Medicina de Valencia.

Dos son las localizaciones más frecuentes de la fiebre reumática, las articulaciones y el corazón; no obstante, si la inflamación articular es una característica de indudable interés, es la cardiopatía lo único que va a originar secuelas de particular importancia, estableciendo la gravedad y el pronóstico; y ello es así, puesto que si las lesiones articulares pueden regresar completamente, no sucede lo mismo con las cardíacas que adquieren condición de irreversibles si no se ha instaurado con anterioridad un adecuado tratamiento de la fiebre reumática; dando lugar a una alteración de la función del corazón por verse comprometido en todas sus estructuras (pancarditis reumática) o interesar, de modo aislado, al miocardio o pericardio.

Ya en el siglo pasado se apreció que la incidencia de la fiebre reumática y en consecuencia la cardiopatía reumática como secuela invalidante y de resultado fatal en numerosos casos, comenzó a disminuir; experimentando en los países desarrollados un descenso máximo antes de introducirse la administración de penicilina como medida profiláctica; hecho éste que, situándose en el plano histórico, ya consideraría al proceso reumático en función del desarrollo socio-económico. No obstante sería un grave error confiar únicamente en el avance del citado desarrollo para lograr la espontánea erradicación total, puesto que aún en aquellos países donde el nivel de vida está en grado más elevado siempre pueden observarse núcleos de miseria que permiten la continuidad de los focos; complementado con un gran porcentaje de casos en los que la lesión cardíaca nace de forma insidiosa y sin antecedentes conocidos del ataque agudo; por lo tanto, ya que reumatismo articular agudo y reumatismo cardíaco son problemas sanitarios de gran importancia en todo el mundo, sobre todo en zonas en desarrollo donde son el principal problema cardiovascular, es indispensable destruir también el círculo vicioso que supone la enfermedad y la pobreza mediante una satisfactoria Medicina Preventiva.

MATERIAL Y METODOS

Es indispensable señalar, en principio, que no existen datos, tanto oficiales como de otras fuentes dignas de crédito, sobre el número de casos de reumatismo cardiovascular, enfermedad de declaración obligatoria en España, anteriores al año 1940; a la par de que únicamente se dispone de las cifras de fallecimientos por fiebre reumática y por afección reumática crónica del corazón a partir del año 1951 por lo que respecta a la provincia de Valencia. Por ello, el presente trabajo comprende el estudio del periodo de tiempo existente entre los años 1940 y 1982, ambos inclusive, sobre la morbilidad del reumatismo cardiovascular, tanto en la provincia de Valencia como en el conjunto de España; y entre 1951 y

1978, referente a la mortalidad por fiebre reumática y afección reumática crónica del corazón.

Como fuente de datos de mortalidad, se han utilizado las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística, concretamente el Movimiento Natural de la Población de España; destacando que los fallecidos en España en su totalidad se clasifican por grupos etarios y sexo, al igual que particularmente en las provincias de Madrid y Barcelona, pero no en las restantes entre las que se incluye la zona objeto de este estudio. De la mencionada fuente se ha tomado el número de defunciones según la causa, en la que consta con la rúbrica 400-402 la fiebre reumática, según la 6ª revisión, de la Clasificación Internacional de Enfermedades, para los años 1951 a 1967; cambiando su nomenclatura, según la 8ª revisión, en los años 1968 a 1978, correspondiendo a la rúbrica 390-392. Asimismo, la enfermedad reumática crónica del corazón se incluye en los números 410-416 y 393-398 respectivamente a los estudios investigados.

De este modo, los subgrupos de causa de defunción por fiebre reumática entre 1951 y 1967 son los siguientes:

- Fiebre reumática sin mención de complicación cardiaca (400)
- Fiebre reumática con complicación cardiaca (401)
- Corea (402)

Y entre 1968 y 1978:

- Fiebre reumática sin mención de complicación cardiaca (390)
- Fiebre reumática con complicación cardiaca (391)
- Corea (392)
- Pericarditis reumática activa (391.0)
- Endocarditis reumática activa (391.1)
- Miocarditis reumática activa (391.2)
- Otras enfermedades reumáticas activas del corazón (391.9)
- Sin mención de complicaciones cardiacas (392.9)

En otro sentido, las enfermedades reumáticas crónicas del corazón incluyen para 1951 a 1967:

- Enfermedades de la válvula mitral (410)
- Enfermedades de la válvula aórtica especificadas como reumáticas (411)
- Enfermedades de la válvula tricúspide (412)
- Enfermedades de la válvula pulmonar especificadas como reumáticas (413)
- Endocarditis especificadas como reumáticas (414)
- Miocarditis especificadas como reumáticas (415)
- Otras enfermedades del corazón especificadas como reumáticas (416)

Y para 1968 a 1978:

- Enfermedades del pericardio (393)
- Enfermedades de la válvula mitral (394).

- Enfermedades de la válvula aórtica (395)
- Enfermedades de las válvulas mitral y aórtica (396)
- Enfermedades de otras estructuras del endocardio (397)
- Otras enfermedades del corazón especificadas como reumáticas (398)

Referente a los datos de morbilidad, se han obtenido de las estadísticas de la Dirección General de Salud Pública sobre la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria y de las Memorias-Infórmes de los Servicios Sanitarios Provinciales de Valencia, así como de la obra de Clavero González, «Análisis de la situación Sanitaria Española» (7).

Valga, asimismo, señalar que dichos datos notificados van a indicar una tendencia en la evolución epidemiológica de la enfermedad; pero para situar éstos en valores próximos a la realidad, dado que han existido períodos de tiempo en que hubo una declaración deficiente en su forma y modo que se tradujo en unas cifras mínimas, y otros en que se ha declarado más al existir una mayor educación sanitaria y control, sería indispensable hacer las oportunas correcciones. Más, aún así, con las cifras disponibles de casos notificados es perfectamente posible el análisis de la evolución y tendencias seguidas por el reumatismo cardiovascular, independientemente de que el número de casos sea menor o mayor.

Con todo, se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo, comparando la situación del conjunto nacional y de la provincia de Valencia, calculándose las tasas correspondientes, ya en orden general, ya específicas por grupos de edad y sexo; así como los porcentajes que la mortalidad por estas enfermedades representan sobre el total de defunciones por todas las causas.

Para apreciar la tendencia que sigue la mortalidad por ambos procesos, se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson Brevais con el objeto de medir el grado de asociación entre las variables en una base relativa; obteniéndose posteriormente las rectas de regresión en los casos en que aquéllos eran iguales o superiores a 0,65.

Asimismo, para los años 1969 a 1978 se han estudiado los años potenciales de vida perdidos (APVP) (18) entre 1 y 70 años en España, obteniéndose las tasas por 1.000 habitantes de cada sexo y los porcentajes sobre el total de años potenciales de vida perdidos; y ello debido a que se considera de gran interés en el análisis de las enfermedades crónicas al comparar la importancia relativa de las diferentes causas de muerte y su repercusión sobre la población.

RESULTADOS

I.—Reumatismo cardiovascular: Morbilidad

En la Tabla 1 se exponen los casos declarados de reumatismo cardiovascular, en cifras absolutas y tasas por 100.000 habitantes, en España y en

la provincia de Valencia durante el período 1951-1982, estando representadas dichas tasas en la Gráfica I. Con ello, se aprecia en España que tras un marcado aumento de los casos en 1952 por lo que respecta al año anterior (3.454 y 1.318 respectivamente, con tasas de 12,12 y 4,70), la morbilidad desciende hasta 1978 que registra 1.409 notificaciones y una tasa de 3,85 por 100.000 habitantes; ya que son poco significativas las excepciones observadas en este descenso casi continuado con el tiempo y que corresponden a unos leves picos en la gráfica para el año 1955, los trienios 1957-1959 y 1963-1965, y los años 1968, 1970, 1972, 1973, 1977 y 1978. Y siempre considerando dicho aumento con respecto al año anterior, destacando que salvo los años 1955, 1970 y 1972 cuyas tasas experimentan un incremento de 0,49, 0,82 y 0,91 sobre las obtenidas en 1954, 1969 y 1971, las restantes no superan el 0,26%.

Es a partir de 1979 cuando se señala una considerable elevación al contabilizarse 558 casos más que en 1978 y que continúa hasta 1981 con 6.833 declaraciones que representa la cifra más alta del período en estudio, con una tasa de 18,20 por 100.000 habitantes; para descender a 6.432 casos con una tasa de 17,0 en 1982.

Es así que la mediana, o número de casos esperados por 100.000 habitantes par un determinado año, se mantiene durante todo el tiempo analizado, excepto los años 1959, 1964, 1965, el trienio 1972-1974 y el último cuatrienio 1979-1982, superior a la tasa de morbilidad; y por ello, con las excepciones ya citadas, los índices epidémicos no son superiores a 1,0 correspondiendo el menor a los años 1976 y 1977 con un valor de 0,65, y el mayor a 1981 con 4,73.

Referente a la provincia de Valencia, las tasas de morbilidad han ofrecido siempre unos valores muy inferiores a las del total nacional; siendo la tasa-promedio para aquélla en el período estudiado de 0,97 por 100.000 habitantes frente a 7,51 para España. En conjunto se aprecia como desde 1951 se origina un leve y continuado incremento hasta 1955 con tasas de 1,04 a 1,51 para disminuir posteriormente sufriendo pocas alteraciones los casos declarados hasta el año 1961; un ligero aumento comienza en 1962 que se mantiene, excepto en 1963 cuya tasa desciende a 0,79, hasta 1967 que traduce la tasa más alta del período analizado con 33 casos notificados (2,0 por 100.000 habitantes). De nuevo, sucede un descenso cuya duración alcanza hasta los últimos años estudiados donde la incidencia es superior.

Las tasas obtenidas solo superan a las medianas en los años 1960, 1962 y los cuatrienios 1964-1967, y 1979-1982; apreciándose el índice epidémico más elevado en 1979 con un valor de 2,87, y el más bajo en el año 1977 con 0,44.

TABLA 1
MORBILIDAD POR REUMATISMO CARDIOVASCULAR.—ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA.—CIFRAS ABSOLUTAS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES, MEDIANAS E INDICES EPIDEMICOS: AÑOS 1951-1982

Años	Provincia de Valencia				España			
	Casos	Tasa	Mediana	Ind.Epid.	Casos	Tasa	Mediana	Ind.Epid.
1951	14	1,04			1.318	4,70		
1952	17	1,25			3.454	12,12		
1953	19	1,39			2.987	10,48		
1954	20	1,45			2.590	9,01		
1955	21	1,51			2.751	9,50		
1956	12	0,86	1,39	0,62	2.372	8,13	9,50	0,86
1957	15	1,06	1,39	0,77	2.443	8,31	9,50	0,88
1958	11	0,77	1,39	0,56	2.515	8,48	9,01	0,95
1959	12	0,84	1,06	0,80	2.602	8,71	8,48	1,03
1960	14	0,97	0,86	1,13	2.544	8,45	8,48	1,00
1961	11	0,76	0,86	0,89	2.376	7,77	8,45	0,92
1962	24	1,62	0,84	1,93	2.350	7,61	8,45	0,91
1963	12	0,79	0,84	0,95	2.411	7,72	8,45	0,92
1964	18	1,16	0,84	1,39	2.464	7,81	7,77	1,01
1965	20	1,27	0,97	1,31	2.551	8,00	7,77	1,03
1966	19	1,18	1,16	1,02	2.054	6,37	7,77	0,82
1967	33	2,00	1,18	1,70	1.935	5,94	7,72	0,80
1968	17	1,01	1,18	0,86	2.027	6,16	7,72	0,80
1969	14	0,82	1,18	0,70	1.569	4,72	6,37	0,75
1970	13	0,74	1,18	0,63	1.862	5,54	6,16	0,90
1971	14	0,78	1,01	0,78	1.705	5,02	5,94	0,85
1972	13	0,71	0,82	0,87	2.036	5,93	5,54	1,08
1973	14	0,76	0,78	0,98	2.149	6,19	5,54	1,12
1974	11	0,58	0,76	0,77	1.977	5,64	5,54	1,02
1975	7	0,36	0,74	0,49	1.400	3,95	5,64	0,71
1976	10	0,51	0,71	0,72	1.301	3,63	5,64	0,65
1977	5	0,25	0,58	0,44	1.319	3,65	5,64	0,65
1978	7	0,35	0,51	0,69	1.409	3,85	3,95	0,98
1979	21	1,03	0,36	2,87	1.967	5,32	3,85	1,39
1980	12	0,58	0,36	1,62	2.442	6,56	3,85	1,71
1981	29	1,39	0,51	2,73	6.833	18,20	3,85	4,73
1982	29	1,37	0,58	2,37	6.432	17,00	5,32	3,20

FUENTE.— Memoria-Informe de los Servicios Provinciales de Sanidad de Valencia y Boletines Sección Epidemiología y Estadística de la Dirección General de Salud Pública. (Elaboración propia).

Tasas

GRAFICA I.
MORBILIDAD POR REUMATISMO CARDIOVASCULAR.
ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA



TABLA 2
MORBILIDAD POR FIEBRE REUMÁTICA.—ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA
CIFRAS ABSOLUTAS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES
AÑOS 1951-1978

	España		Prov. Valencia		Valencia cap.		Prov. excl. capit.	
	Nº de	Morta-	Nº de	Morta-	Nº de	Morta-	Nº de	Morta-
1951	663	2,36	23	1,70	7	1,37	16	1,90
1952	569	1,98	14	1,03	12	2,31	2	0,24
1953	540	1,89	14	1,02	9	1,72	5	0,59
1954	564	1,96	28	2,03	10	1,88	18	2,12
1955	492	1,70	24	1,73	8	1,49	16	1,87
1956	396	1,36	13	0,93	7	1,29	6	0,70
1957	406	1,38	6	0,43	1	0,18	5	0,58
1958	360	1,21	3	0,21	2	0,36	1	0,12
1959	363	1,21	4	0,28	—	—	4	0,46
1960	483	1,60	5	0,35	1	0,18	4	0,46
1961	477	1,56	5	0,35	1	0,20	4	0,43
1962	482	1,56	8	0,54	2	0,38	6	0,63
1963	431	1,38	12	0,79	—	—	12	1,23
1964	368	1,17	4	0,26	1	0,18	3	0,30
1965	304	0,95	9	0,57	1	0,18	8	0,79
1966	328	1,02	10	0,62	3	0,52	7	0,68
1967	282	0,87	12	0,73	6	1,00	6	0,57
1968	769	2,33	55	3,27	17	2,77	38	3,56
1969	582	1,75	45	2,62	12	1,91	33	3,04
1970	479	1,42	52	2,97	16	2,48	36	3,26
1971	348	1,02	60	3,36	24	3,63	36	3,19
1972	204	0,59	27	1,48	17	2,51	10	0,88
1973	99	0,29	4	0,22	2	0,29	2	0,17
1974	38	0,11	3	0,16	—	—	3	0,26
1975	47	0,13	—	—	—	—	—	—
1976	22	0,06	1	0,05	—	—	1	0,08
1977	32	0,09	—	—	—	—	—	—
1978	24	0,07	1	0,05	1	0,13	—	—

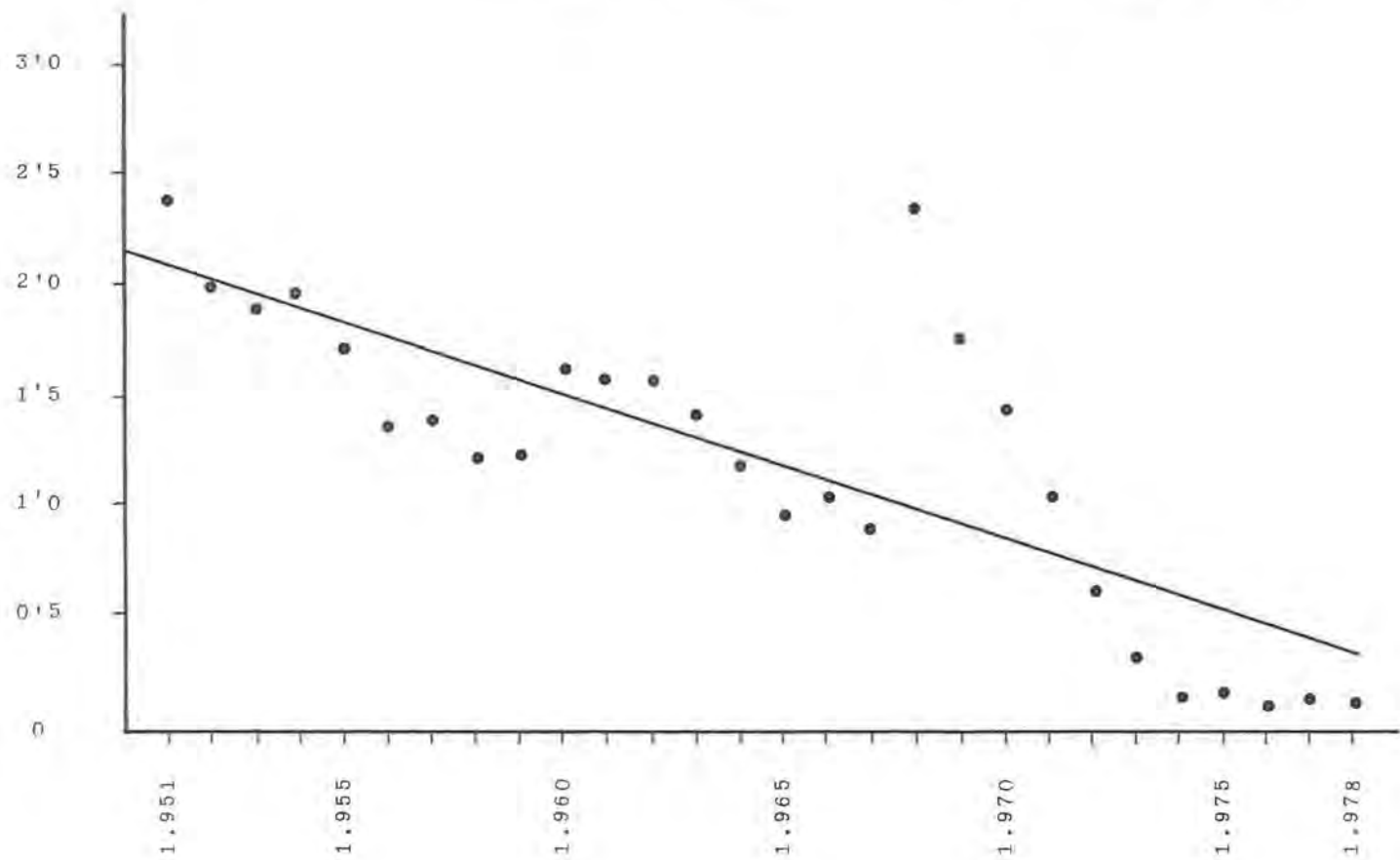
FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.

(Elaboración propia).

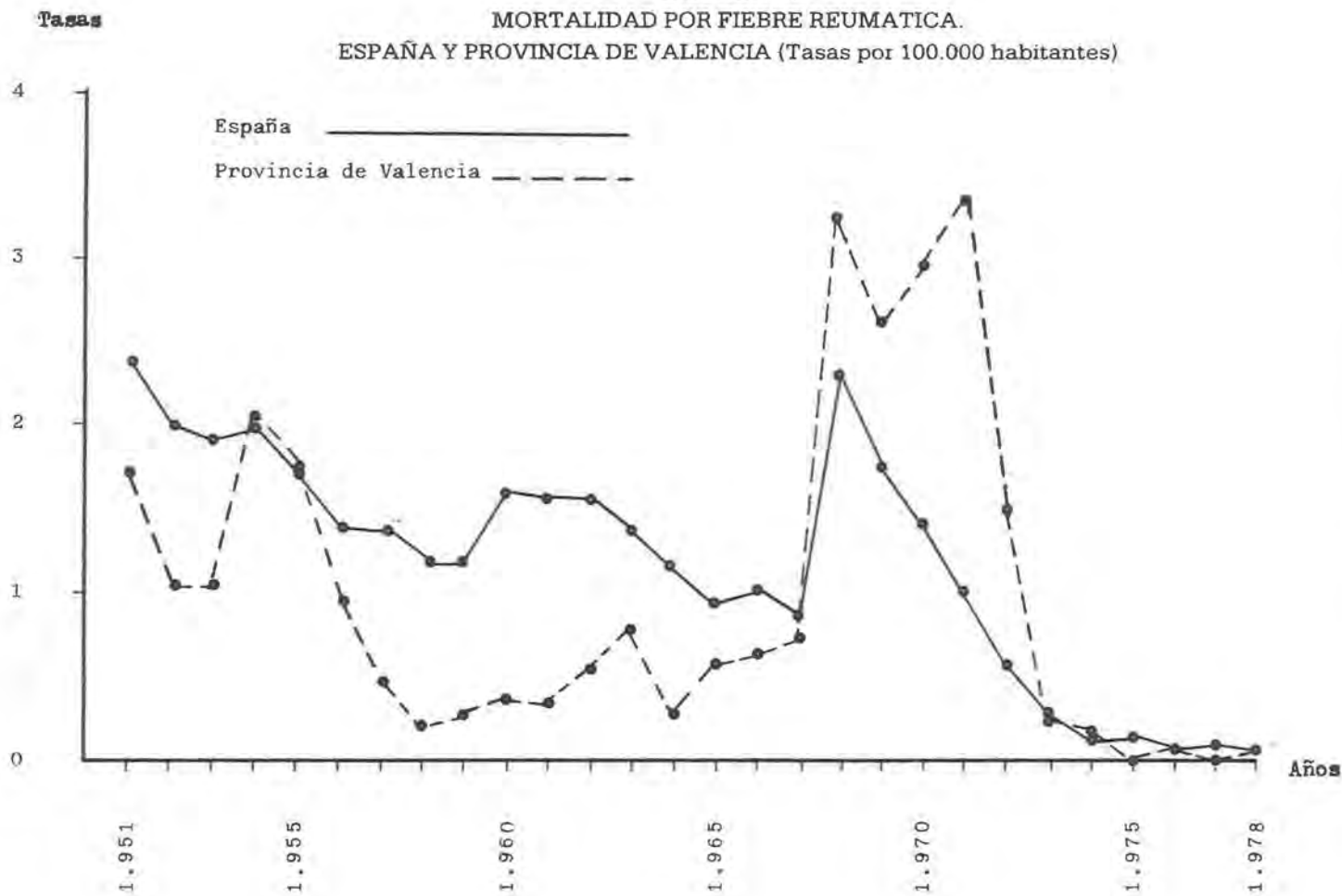
Observación. — = ningún caso.

GRAFICA II
 FIEBRE REUMATICA: RECTA DE REGRESION.
 ESPAÑA (Años 1951-1978)

$$y = 134'52 - 0'07 x$$



GRAFICA III
MORTALIDAD POR FIEBRE REUMATICA.
ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA (Tasas por 100.000 habitantes)



GRAFICA IV
 MORTALIDAD POR FIEBRE REUMATICA.
 VALENCIA CAPITAL Y PROVINCIA DE VALENCIA
 (Tasas por 100.000 habitantes)



II.—Fiebre reumática: Mortalidad

II.1. La Tabla núm. 2 y Gráficas III y IV recogen la mortalidad por fiebre reumática en España y en la provincia de Valencia durante el período 1951-1978, apreciándose en conjunto un descenso con el tiempo de este proceso activo; siendo su tendencia decreciente (Gráfica II).

Hay que destacar en España la existencia de tres etapas, caracterizada cada una de ellas por iniciarse con una elevación de la tasa de mortalidad: la comprendida entre 1951 y 1959 con tasas de 2,36 y 1,21 respectivamente por 100.000 habitantes, sufriendo un incremento ésta en 1960 para dar comienzo a la segunda fase que finaliza en 1967 con una tasa de 0,87, y aumentar de nuevo en 1968 a 2,33 por 100.000 habitantes, pico máximo de la tercera etapa, y segunda tasa más alta durante todo el tiempo estudiado después del año 1951, que termina en 1978 con 24 defunciones lo que origina una tasa de 0,07.

Por lo que respecta a la provincia de Valencia, y con la excepción de los años 1954 y 1955 que experimentan un incremento aislado de la mortalidad (tasas de 2,05 a 1,73), la tasa desciende con leves alteraciones desde 1951 (23 casos y una tasa de 1,70) hasta 1967 (12 casos y una tasa de 0,73). Es a partir de este año, y coincidiendo con lo sucedido en España, cuando se inicia un período distinguido por el aumento del número de defunciones, obteniéndose las cifras más altas de todos los años objeto de este estudio durante 1968 y 1971 (3,27 y 3,36 por 100.000 habitantes); disminuyendo luego de forma acusada hasta 1978 donde únicamente se registra 1 fallecimiento siendo la tasa de 0,05, y señalándose la inexistencia de muertes en 1975 y 1977. E idénticas características pueden apreciarse si se efectúa el estudio por separado en Valencia capital y en la provincia excluida la capital.

Obtenidas las tasas-promedio por decenios (Tabla núm. 3), se comprueba que en España la tasa desciende de forma continua, mientras que si bien sucede similar hecho en Valencia capital no es así en el conjunto de la provincia de Valencia dado que la tasa correspondiente al decenio 1961-1970 supera al valor conseguido en 1951-1960 (1,27 y 0,97 respectivamente), para descender en el período 1971-1978; consideración que se repite en el examen de la provincia excluida la capital.

II.2. Comparada la mortalidad por fiebre reumática con la correspondiente a todas las causas (Tabla núm. 4), se aprecia fácilmente que la importancia de esta enfermedad como causa de defunción ha disminu-

do de modo considerable en los últimos años, después de que aumentase su incidencia, tanto en España como en la provincia de Valencia, en el quinquenio 1968-1972. Así, el análisis demuestra que en el total nacional de una proporción de 2,06 fallecidos por 1.000 por todas las causas en el año 1951 se pasa a un 0,08 por 1.000 en 1978; y en la provincia de Valencia, de 1,43 por 1.000 a 0,06, respectivamente.

- II.3. Referente a la distribución por sexos (Tabla núm. 5), se aprecia en España y en la provincia de Valencia una desviación de la mortalidad hacia el sexo femenino; con ello, el porcentaje-promedio de todos los años en estudio ofrece un valor del 58,68 por 100 de fallecimientos en mujeres en el conjunto nacional y de 58,14 por 100 en la provincia de Valencia. Del mismo modo, en Valencia capital, el porcentaje de muertes en mujeres es del 56,25 por 100 y del 59,22 por 100 en la provincia excluida capital.
- II.4. Clasificada la mortalidad en España por grupos etarios (Tabla núm. 6), se observa que a medida que avanza la edad aumenta el porcentaje de defunciones, salvo el grupo de 20-29 años cuya cifra es inferior a la obtenida por el de 10-19 años. Conjugando los grupos de edad y sexo, se señala que sólo el de menos de 1 año y el de 10-19 años, junto con el que se desconoce la edad, consiguen un porcentaje de fallecimientos en los hombres superior al de las mujeres; siendo el grupo más afectado para ambos sexos el de 70-79 años con un 18,23 por 100 en el hombre y un 22,11 por 100 en las mujeres.
- II.5. En la Tabla núm. 7 se exponen los años potenciales de vida perdidos (APVP), apreciándose que frente a la sobremortalidad masculina por todas las causas existe un aumento, si bien no muy acusado, en las mujeres por lo que respecta a la fiebre reumática. Desde 1969 a 1978 las tasas de APVP por fiebre reumática descienden de forma importante, pasando de 0,20 a 0,01 por 1.000 en hombres y de 0,22 a 0,01 en mujeres. Asimismo, en 1978 se logra el 0,02 por 100 de APVP para hombres, cuando en 1969 era el 0,28 por 100; y el 0,04 por 100 para mujeres, siendo en 1969 el 0,53 por 100, disminuyendo así los años potenciales de vida perdidos.

III.—Enfermedad reumática crónica del corazón: Mortalidad

- III.1. En la Tabla núm. 8 y Gráficas VI y VII figuran las cifras absolutas y tasas por 100.000 habitantes de las defunciones habidas por enfermedad reumática crónica del corazón en España y en la provincia de

CUADRO 3
MORTALIDAD POR FIEBRE REUMÁTICA
ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA: TASAS-PROMEDIO POR DECENIOS

	Valencia			
	España	Total	Capital	Provincia excl. capital
Período:	Mortalidad	Mortalidad	Mortalidad	Mortalidad
1951 - 1960	1,67	0,97	1,08	0,90
1961 - 1970	1,40	1,27	0,96	1,45
1971 - 1978	0,30	0,67	0,82	0,57

Fuente.—I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España. (Elaboración propia).

TABLE 4
MORTALIDAD POR FIEBRE REUMATICA SEGUN PROPORCION POR
1.000 FALLECIDOS POR TODAS LAS CAUSAS.—ESPAÑA Y PROVINCIA
DE VALENCIA. PERIODO 1951-1978

Años	España			Provincia de Valencia		
	Fallecidos por todas causas	Fallecid. por fiebre reumátic.	Fallecidos por mil	Fallecidos por todas causas	Fallecid. por fiebre reumátic.	Fallecidos por mil
1951	322.329	663	2,06	16.030	23	1,43
1952	271.657	569	2,09	13.808	14	1,01
1953	273.571	540	1,99	13.870	14	1,01
1954	259.874	564	2,17	13.127	28	2,13
1955	269.298	492	1,83	13.605	24	1,76
1956	285.510	396	1,47	14.916	13	1,15
1957	289.638	406	1,40	14.727	6	2,45
1958	255.900	360	1,41	13.229	3	0,23
1959	264.497	363	1,37	13.460	4	0,30
1960	262.260	483	1,84	13.805	5	0,36
1961	256.394	477	1,86	13.236	5	0,38
1962	271.373	482	1,78	14.541	8	0,55
1963	275.499	431	1,56	14.485	12	0,83
1964	267.045	368	1,38	14.702	4	0,27
1965	267.407	304	1,14	14.708	9	0,61
1966	267.738	328	1,22	15.023	10	0,67
1967	274.021	282	1,03	15.270	12	0,79
1968	277.357	769	2,77	15.439	55	3,56
1969	297.169	582	1,96	16.672	45	2,70
1970	280.170	479	1,71	16.033	52	3,24
1971	302.869	348	1,15	17.249	60	3,48
1972	280.163	204	1,37	16.125	27	1,67
1973	296.524	99	0,33	17.606	4	0,23
1974	295.275	38	0,13	17.420	3	0,17
1975	298.192	47	0,16	17.615	—	—
1976	299.007	22	0,07	17.420	1	0,06
1977	294.324	32	0,11	17.350	—	—
1978	296.781	24	0,08	17.905	1	0,06

FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.
(Elaboración propia).

Observación: - = ningún caso.

CUADRO 5
EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR FIEBRE REUMATICA POR SEXOS.—ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA
PERIODO 1951 - 1978.—CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES

Años	VALENCIA															
	España				Total Provincial				Capital				Provincia excluida capital			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1951	307	46,30	356	53,70	11	47,83	12	52,17	3	42,86	4	57,14	8	50,00	8	50,00
1952	243	42,70	326	57,30	6	42,86	8	57,14	5	41,67	7	58,33	1	50,00	1	50,00
1953	237	43,89	303	56,11	8	57,14	6	42,86	4	44,44	5	55,56	4	80,00	1	20,00
1954	242	42,90	322	57,10	12	42,86	16	57,14	4	40,00	6	60,00	8	44,44	10	55,56
1955	201	40,85	291	59,15	11	45,83	13	54,17	4	50,00	4	50,00	7	43,75	9	56,25
1956	165	41,67	231	58,33	4	30,77	9	69,23	2	28,57	5	71,43	2	33,33	4	66,67
1957	187	46,06	219	53,94	3	50,00	3	50,00	1	100,00	—	—	2	40,00	3	60,00
1958	144	40,00	216	60,00	2	66,67	1	33,33	2	100,00	—	—	—	—	1	100,00
1959	154	42,42	209	57,58	3	75,00	1	25,00	—	—	—	—	3	75,00	1	25,00
1960	211	43,69	272	56,31	2	40,00	3	60,00	1	100,00	—	—	1	25,00	3	75,00
1961	179	37,53	298	62,47	2	40,00	3	60,00	1	100,00	—	—	1	25,00	3	75,00
1962	205	42,53	277	57,47	4	50,00	4	50,00	—	—	2	100,00	4	66,67	2	33,33
1963	176	40,84	255	59,16	5	41,67	7	58,33	—	—	—	—	5	41,67	7	58,33
1964	139	37,77	229	62,23	3	75,00	1	25,00	—	—	1	100,00	3	100,00	—	—
1965	120	39,47	184	60,53	3	33,33	6	66,67	1	100,00	—	—	2	25,00	6	75,00
1966	135	41,16	193	58,84	7	70,00	3	30,00	1	33,33	2	66,67	6	85,71	1	14,29
1967	118	41,84	164	58,16	6	50,00	6	50,00	3	50,00	3	50,00	3	50,00	3	50,00
1968	311	40,44	458	59,56	21	38,18	34	61,82	9	52,94	8	47,06	12	31,58	26	68,42
1969	213	36,60	369	63,40	19	42,22	26	57,78	7	58,33	5	41,67	12	36,36	21	63,64
1970	180	37,58	299	62,42	19	36,54	33	63,46	7	43,75	9	56,25	12	33,33	24	66,67
1971	124	35,63	224	64,37	20	33,33	40	66,67	8	33,33	16	66,67	12	33,33	24	66,67
1972	82	40,20	122	59,80	11	40,74	16	59,26	6	35,29	11	64,71	5	50,00	5	50,00
1973	48	48,48	51	51,52	2	50,00	2	50,00	1	50,00	1	50,00	1	50,00	1	50,00
1974	16	42,11	22	57,89	1	33,33	2	66,67	—	—	—	—	1	33,33	2	66,67
1975	24	51,06	23	48,94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1976	9	40,91	13	59,09	—	—	1	100,00	—	—	—	—	—	—	1	100,00
1977	11	34,38	21	65,62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1978	14	58,33	10	41,67	—	—	1	100,00	—	—	1	100,00	—	—	—	—

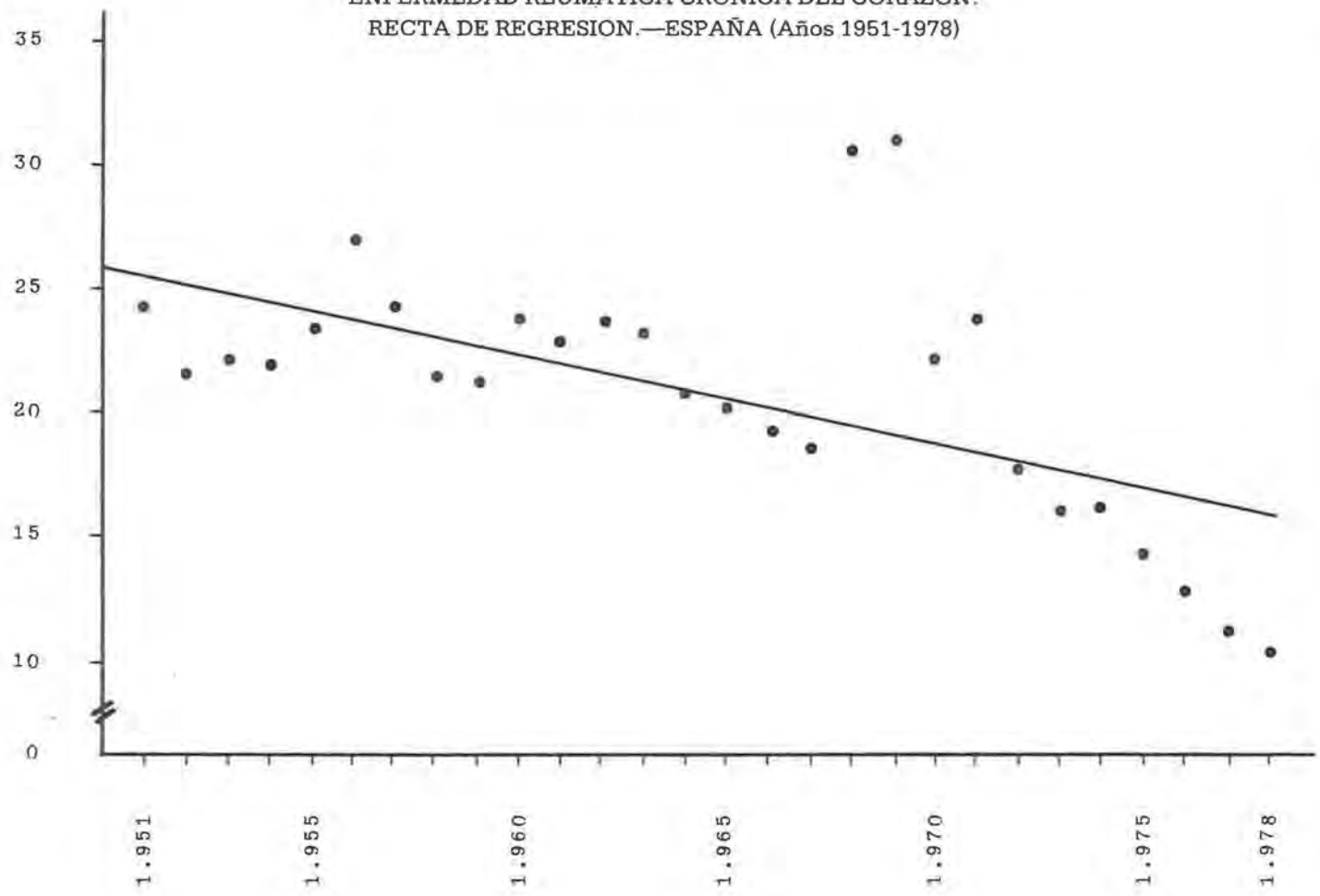
FUENTE.—I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España, (Elaboración propia) Observación: —: ningún caso.

TABLA 6
MORTALIDAD POR FIEBRE REUMÁTICA.—CLASIFICACION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
ESPAÑA: AÑOS 1951-1978

	Nº casos	Porcentaje	Nº casos por sexo		% relativo por sexo para cada grupo etario		% relativo por grupo etario para cada sexo	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menos de 1 año	31	0,30	20	11	64,52	35,48	0,48	0,19
De 1 - 4 años	77	0,76	36	41	46,75	53,25	0,85	0,69
De 5 - 9 años	305	3,00	146	159	47,87	52,13	3,46	2,68
De 10 - 19 años	817	8,05	446	371	54,59	45,41	10,58	6,25
De 20 - 29 años	686	6,76	324	362	47,23	52,77	7,68	6,10
De 30 - 39 años	819	8,07	351	468	42,86	57,14	8,32	7,88
De 40 - 49 años	1.015	10,00	447	568	44,04	55,96	10,60	9,57
De 50 - 59 años	1.364	13,43	589	775	43,18	56,82	13,97	13,06
De 60 - 69 años	1.802	17,75	734	1.068	40,73	59,27	17,41	17,99
De 70 - 79 años	2.081	20,50	769	1.312	36,95	63,05	18,23	22,11
De 80 y más	1.128	11,11	340	788	30,14	69,86	8,06	13,28
No consta edad	27	0,27	15	12	55,56	44,44	0,36	0,20
Total	10.152	100,00	4.217	5.935			100,00	100,00

FUENTE —I.N.E.: Movimiento Natural de la población de España.
(Elaboración propia).

GRAFICA V
ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON:
RECTA DE REGRESION.—ESPAÑA (Años 1951-1978)



Valencia, registrándose un descenso con el tiempo que se traduce en una tasa de mortalidad para España en 1978 de 10,40 con 3.807 casos cuando en 1951, año de inicio del estudio, era de 24,39 con 6.851 casos, pasando en Valencia de una tasa de 23,88 en 1951 a 12,57 en 1978. Hecho manifestado asimismo, en Valencia capital y provincia excluida capital. No obstante, dicho descenso no se ha producido de forma continua, apreciándose en la gráfica como en España tras un período de oscilaciones constantes comprendido entre 1951 y 1962 con un pico máximo en 1956 (tasa de 26,69 por 100.000 habitantes), se origina una disminución progresiva hasta 1967 para aumentar significativamente en 1968 y 1969, año éste último que experimenta la cifra más alta obtenida: 31,01 con 10.329 defunciones; posteriormente, el descenso ya es acusado hasta 1978.

Un proceso similar sucede en la provincia de Valencia, aún cuando las tasas superan a las del conjunto nacional salvo los dos años primeros examinados; a la par de que desde 1952 se origina un incremento progresivo hasta 1956. La tasa más alta corresponde al año 1968 con 46,69 por 100.000 habitantes; asimismo, en la provincia excluida la capital el análisis ofrece idénticas características a las del total de la provincia.

Respecto a la capital, hasta el año 1958 suceden ligeras variaciones en la mortalidad para disminuir hasta 1960 y dar comienzo a un aumento que dura hasta 1964; su pico máximo se halla en 1969 (tasa de 36,38 por 100.000 habitantes), a partir del cual sigue la tónica ya mencionada en el total provincial y en la provincia excluida la capital. La tasa-promedio más alta para todo el período estudiado corresponde a la provincia de Valencia excluida la capital, con un 26,33 por 100.000 habitantes, seguida de la del total provincial y la capital, con 25,10 y 22,98 respectivamente. España, obtiene el valor más bajo, con 20,43 por 100.000 habitantes.

Por decenios (Tabla núm. 9), se aprecia para todos los apartados a examen que el segundo consigue las cifras más altas, siendo el incremento sobre 1951-1960 mucho más acusado en Valencia que en España.

- III.2. Estudiada la mortalidad por enfermedad reumática crónica del corazón según proporción por mil fallecidos por todas las causas (Tabla núm. 10), se comprueba tanto en España como en la provincia de Valencia un aumento progresivo desde 1951 hasta 1956 para disminuir en el total nacional durante los tres siguientes años, volver a aumentar en 1960 y descender paulatinamente hasta 1967; en 1968 se experimenta un importante incremento (36,13 por 1.000 fallecidos por

TABLA 7
 AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP) ENTRE 1 Y 70 AÑOS POR FIEBRE REUMÁTICA.—TASAS POR 1.000
 HABITANTES DE CADA SEXO Y PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE APVP.—AÑOS 1969 y 1978

Años	HOMBRES				MUJERES			
	APVP todas causas	APVP fiebre reumática	Tasa APVP	% APVP por FR respecto a APVP todas causas	APVP todas causas	APVP fiebre reumática	Tasa APVP	% APVP por FR respecto a APVP todas causas
1969	1.158.952,50	3.267,00	0,20	0,28	723.451,50	3.869,50	0,22	0,53
1978	1.127.292,00	184,50	0,01	0,02	592.557,50	212,50	0,01	0,04

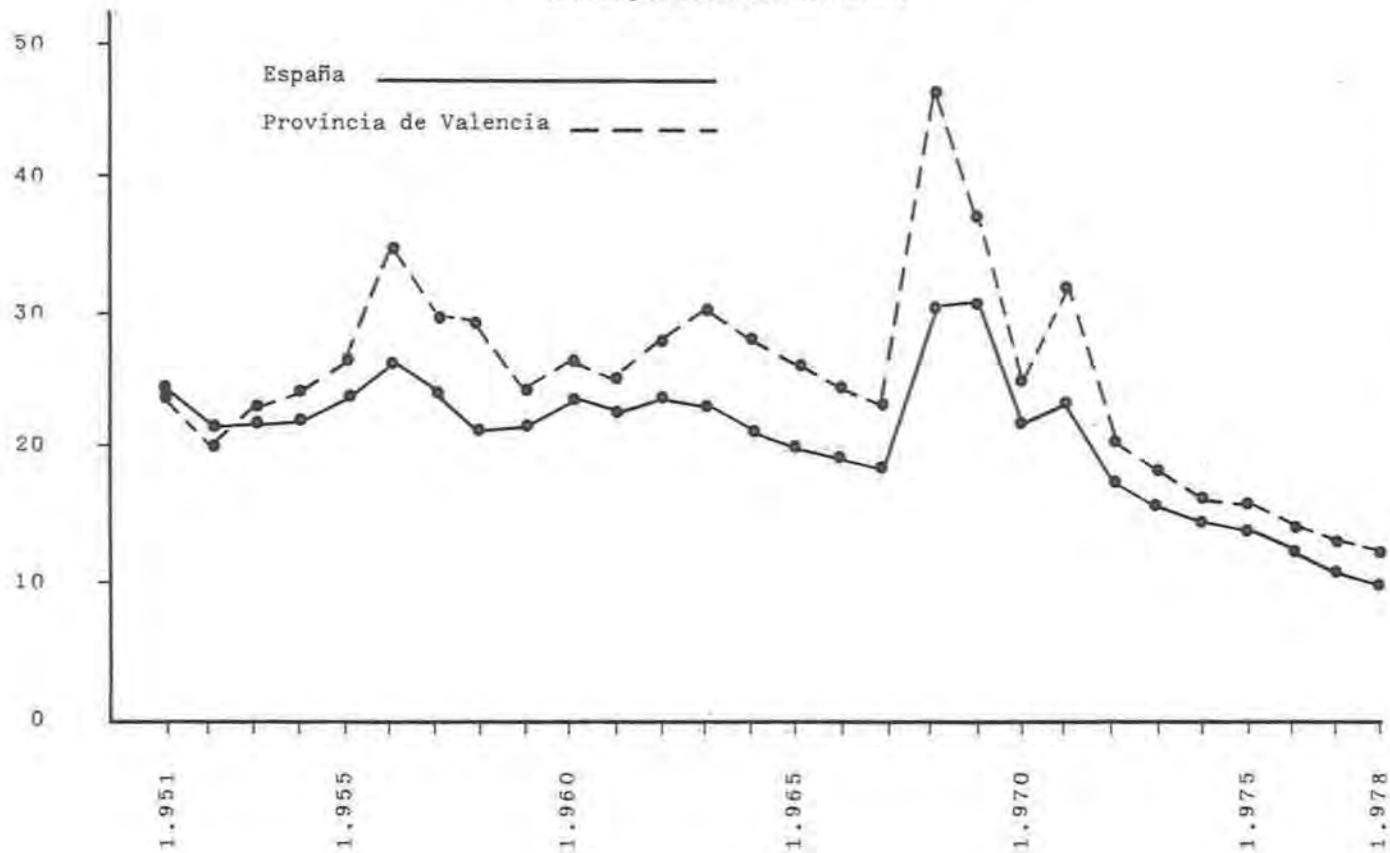
FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.
 (Elaboración propia).

TABLA 8
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMÁTICA CRÓNICA DEL CORAZÓN
ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA
CIFRAS ABSOLUTAS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES.—AÑOS 1951-1978

Años	España		Prov. Valencia		Valencia cap.		Prov. excl. capit.	
	Nº de fallec.	Mortalidad	Nº de fallec.	Mortalidad	Nº de fallec.	Mortalidad	Nº de fallec.	Mortalidad
1951	6.851	24,39	323	23,88	117	22,84	206	24,51
1952	6.168	21,64	279	20,48	113	21,80	166	19,67
1953	6.361	22,30	315	22,96	124	23,63	179	21,13
1954	6.320	21,98	332	24,03	122	22,97	210	24,70
1955	6.805	23,50	376	27,03	140	26,04	236	27,65
1956	7.793	26,69	490	34,98	126	23,15	365	42,61
1957	7.153	24,30	423	29,98	126	22,87	297	34,54
1958	6.372	21,48	423	29,77	129	23,13	294	34,07
1959	6.371	21,31	350	24,46	106	18,78	244	28,17
1960	7.145	23,72	385	26,72	105	18,37	280	32,21
1961	7.005	22,90	367	25,38	120	23,45	247	26,44
1962	7.391	23,91	416	28,13	145	27,59	271	28,42
1963	7.251	23,21	462	30,55	149	27,62	308	31,66
1964	6.633	21,01	436	28,21	156	28,17	280	28,23
1965	6.463	20,25	421	26,66	130	22,88	291	28,79
1966	6.273	19,45	397	24,61	138	23,67	259	25,15
1967	6.082	18,66	380	23,07	165	27,58	215	20,50
1968	10.021	30,42	785	46,69	196	31,94	584	54,71
1969	10.329	31,01	644	37,54	229	36,38	415	38,21
1970	7.480	22,23	440	25,14	158	24,48	282	25,53
1971	8.126	23,90	523	29,31	195	29,46	328	29,21
1972	6.118	17,80	383	21,05	161	23,72	222	19,46
1973	5.587	16,09	350	18,88	154	22,14	196	16,92
1974	5.309	15,13	313	16,57	135	18,93	178	15,14
1975	5.134	14,47	316	16,42	90	12,32	226	18,94
1976	4.587	12,80	287	14,65	102	13,62	185	15,29
1977	4.083	11,27	260	13,04	101	13,17	159	12,96
1978	3.807	10,40	255	12,57	99	12,60	156	12,55

FUENTE.— I. N. E. Movimiento Natural de la Población de España.
 (Elaboración propia).

GRAFICA VI
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON.—ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA
(Tasas por 100.000 habitantes)



GRAFICA VII
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON.—VALENCIA CAPITAL Y PROVINCIA DE VALENCIA
(Tasas por 100.000 habitantes)

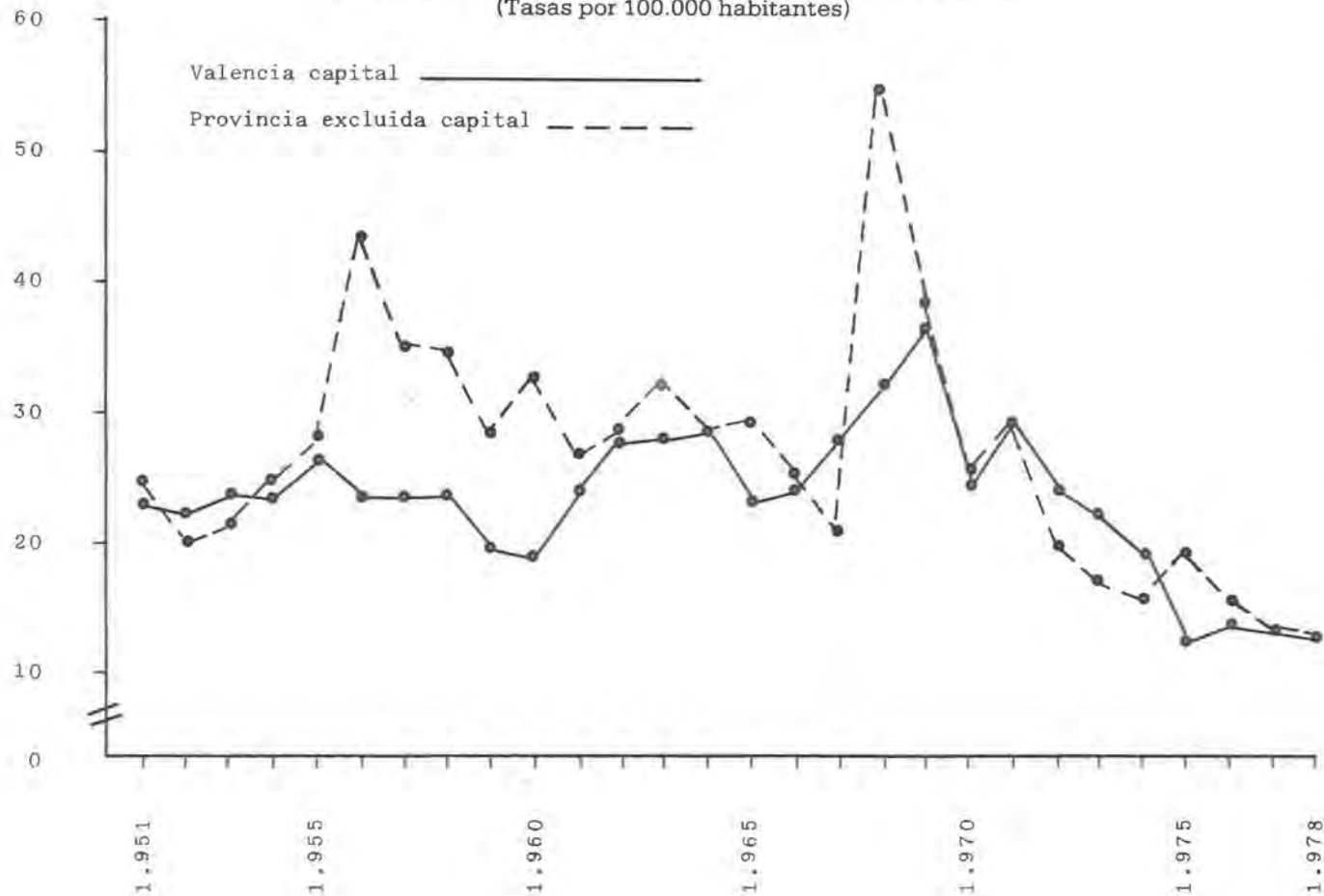


TABLA 9
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON
ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA: TASAS-PROMEDIO POR DECENIOS

	Valencia			
	España	Total	Capital	Provincia excl. capital
	Mortalidad	Mortalidad	Mortalidad	Mortalidad
1951 - 1960	23,13	26,43	22,36	28,93
1961 - 1970	23,31	29,60	27,38	30,76
Período:				
1971 - 1978	12,19	14,25	14,60	14,05

FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.
(Elaboración propia).

TABLA 10
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON SEGUN PROPORCION POR 1.000 FALLECIDOS POR TODAS LAS CAUSAS.—ESPAÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA: PERIODO 1951-1978

Años	España			Provincia de Valencia		
	Fallecidos por todas causas	Fallecid. por enf. reumátic. crónica	Fallecidos por mil	Fallecidos por todas causas	Fallecid. reumátic. crónica	Fallecidos por mil
1951	322.329	6.851	21,25	16.030	323	20,15
1952	271.657	6.168	22,71	13.808	279	20,21
1953	273.571	6.361	23,25	13.870	315	22,71
1954	259.874	6.320	24,32	13.127	332	25,29
1955	269.298	6.805	25,27	13.605	376	27,64
1956	285.510	7.793	27,30	14.916	490	32,85
1957	289.638	7.153	24,70	14.727	423	28,72
1958	255.900	6.372	24,90	13.229	423	31,98
1959	264.497	6.371	24,09	13.460	350	26,00
1960	262.260	7.145	27,24	13.805	385	27,89
1961	256.394	7.005	27,32	13.236	367	27,73
1962	271.373	7.391	27,24	14.541	416	31,70
1963	275.499	7.251	26,32	14.485	462	31,90
1964	267.045	6.633	24,84	14.702	436	29,66
1965	267.407	6.463	24,17	14.708	421	28,62
1966	269.738	6.273	23,26	15.023	397	26,43
1967	274.021	6.082	22,20	15.270	380	24,89
1968	277.357	10.021	36,13	15.439	785	50,85
1969	297.169	10.329	34,76	16.672	644	38,63
1970	280.170	7.480	26,70	16.033	440	27,44
1971	302.869	8.126	26,83	17.249	523	30,32
1972	280.163	6.118	21,84	16.125	383	23,75
1973	296.524	5.587	18,84	17.606	350	19,88
1974	295.275	5.309	17,98	17.420	313	17,77
1975	298.192	5.134	17,80	17.615	316	17,94
1976	299.007	4.587	15,34	17.420	287	16,48
1977	294.324	4.083	13,87	17.350	260	14,99
1978	296.781	3.807	12,83	17.905	255	14,24

FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.
(Elaboración propia).

todas las causas) para desde entonces ir disminuyendo su importancia como causa de defunción hasta el momento actual. Referente a la provincia de Valencia el año 1968 es el de máxima incidencia (50,85 por 1.000 fallecidos), disminuyendo luego hasta 1978, si bien la proporción de muertes por 1.000 por todas las causas es superior a las del total nacional.

- III.3. Según la evolución de la mortalidad por sexos (Tabla núm. 11), existe una clara desviación de aquélla hacia el sexo femenino al igual que lo observado en la fiebre reumática, si bien aquí es más significativa. Así, se obtiene una tasa-promedio de todos los años analizados de 62,87 por 100 fallecimientos en mujeres en España y de 62,10 por 100 en Valencia. A la par, en Valencia capital es de 61,49 y en la provincia excluida la capital de 62,18.
- III.4. En la Tabla núm. 12 se demuestra como el porcentaje de defunciones por enfermedad reumática crónica del corazón en España va en incremento conforme aumenta la edad, por lo que el grupo más afectado es el de edades más avanzadas; y sólo en el correspondiente al de 5-9 años el porcentaje de defunciones es superior en los hombres. También aquí, como en la fiebre reumática, el grupo etario con más proporción de fallecimientos en ambos sexos es el de 70-79 años con un 26,81 por 100 en los hombres y un 28,11 por 100 en las mujeres.
- III.5. Referente a los años potenciales de vida perdidos (Tabla núm. 13), puede decirse lo mismo que lo ya indicado en la fiebre reumática, puesto que existe una mayor mortalidad femenina; descendiendo las tasas de APVP desde 1969 a 1978 tanto en hombres como mujeres, así como los porcentajes de APVP por cardiopatía reumática crónica del corazón respecto a los APVP por todas las causas.

DISCUSION

Aún cuando en España el reumatismo cardiovascular es una enfermedad de declaración obligatoria a nivel nacional, la fiabilidad de los datos disponibles de morbilidad es muy relativa ya que los casos notificados por la clase médica son pocos en relación a su verdadera incidencia, habida cuenta del escaso cumplimiento de la norma. A este hecho debe sumarse que en la cifra global existente de las declaraciones se hallan tanto los casos confirmados posteriormente, únicos cuya validez sería indudable en estudios epidemiológicos, como aquellos procedentes de las simples notificaciones que al no comprobarse por diversos motivos solo sirven para el acopio de un cierto número de casos, excesivo en ocasiones, con fines estadísticos sin precisar su bondad desde el punto de vista médico, y ello por los posibles errores

TABLA 11

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON POR SEXOS.—
 ESPÑA Y PROVINCIA DE VALENCIA. PERIODO 1951 - 1978.—CIFRAS ABSOLUTAS Y PORCENTAJES

Años	VALENCIA															
	España				Total Provincial				Capital				Provincia excluida capital			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	
1951	2.842	41,48	4.009	58,52	144	44,58	179	55,42	51	43,59	66	56,41	93	45,15	113	54,85
1952	2.447	39,67	3.721	60,33	106	37,99	173	62,01	43	38,05	70	61,95	63	37,95	103	62,05
1953	2.441	38,37	3.920	61,63	126	40,00	189	60,00	50	40,32	74	59,68	76	42,46	103	57,54
1954	2.378	37,63	3.942	62,37	129	38,86	203	61,14	46	37,70	76	62,30	83	39,52	127	60,48
1955	2.637	38,75	4.168	61,25	136	36,17	240	63,83	58	41,43	82	58,57	78	33,05	158	66,95
1956	3.005	38,56	4.788	61,44	194	39,59	296	60,41	57	45,24	69	54,76	137	37,53	228	62,47
1957	2.492	34,84	4.661	65,16	160	37,83	263	62,17	53	42,06	73	57,94	107	36,03	190	63,97
1958	2.456	38,54	3.916	61,46	157	37,12	266	62,88	53	41,09	76	58,91	104	35,37	190	64,63
1959	2.378	37,33	3.993	62,67	139	39,71	211	60,29	48	45,28	58	54,72	91	37,29	153	62,71
1960	2.667	37,33	4.478	62,67	143	37,14	242	62,86	42	40,00	63	60,00	101	36,07	179	63,93
1961	2.570	36,69	4.435	63,31	132	35,97	235	64,03	45	37,50	75	62,50	87	35,22	160	64,78
1962	2.688	36,37	4.703	63,63	168	40,38	248	59,62	57	39,31	88	60,69	111	40,96	160	59,04
1963	2.683	37,00	4.568	63,00	163	35,28	299	64,72	61	40,94	88	59,06	102	33,12	206	66,88
1964	2.439	36,77	4.194	63,23	166	38,07	270	61,93	63	40,38	93	59,62	103	36,79	177	63,21
1965	2.410	37,29	4.053	62,71	164	38,95	257	61,05	43	33,08	87	66,92	121	41,58	170	58,42
1966	2.357	37,57	3.916	62,43	162	40,81	235	59,19	49	35,51	89	64,49	113	43,63	146	56,37
1967	2.117	34,81	3.965	65,19	144	37,89	236	62,11	61	36,97	104	63,03	83	38,60	132	61,40
1968	3.914	39,06	6.107	60,94	316	40,25	469	59,75	87	44,39	109	55,61	224	38,36	360	61,64
1969	3.929	38,04	6.400	61,96	253	39,29	391	60,71	86	37,55	143	62,45	167	40,24	248	59,76
1970	2.775	37,10	4.705	62,90	156	35,45	284	64,55	62	39,24	96	60,76	94	33,33	188	66,67
1971	3.055	37,60	5.071	62,40	210	40,15	313	59,85	76	38,97	119	61,03	134	40,85	194	59,15
1972	2.162	35,34	3.956	64,66	126	32,90	257	67,10	55	34,16	106	65,84	71	31,98	151	68,02
1973	1.938	34,69	3.649	65,31	125	35,71	225	64,29	52	33,77	102	66,23	73	37,24	123	62,76
1974	1.904	35,86	3.405	64,14	97	30,99	226	69,01	40	29,63	95	70,37	57	32,02	121	67,98
1975	1.858	36,19	3.276	63,81	132	41,77	184	58,23	36	40,00	54	60,00	96	42,48	130	57,52
1976	1.627	35,47	2.960	64,53	115	40,07	172	59,93	38	37,25	64	62,75	77	41,62	108	58,38
1977	1.476	36,15	2.607	63,85	89	34,23	171	65,77	33	32,67	68	67,33	56	35,22	103	64,78
1978	1.340	35,20	2.467	64,80	87	34,12	168	65,88	32	32,32	67	67,68	55	35,26	101	64,74

TABLA 12
MORTALIDAD POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON.—CLASIFICACION POR GRUPOS DE
EDAD Y SEXO. ESPAÑA: AÑOS 1951 - 1978

	Nº casos	Porcentaje	Nº casos por sexo		% relativo por sexo		% relativo por grupo	
			Hombres	Mujeres	para cada grupo etario		etario para cada sexo	
					Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Menos de 1 año	—	—	—	—	—	—	—	—
De 1 - 4 años	75	0,04	36	39	48,0	52,0	0,05	0,03
De 5 - 9 años	700	0,38	362	338	51,71	48,29	0,52	0,29
De 10 - 19 años	4.019	2,17	1.989	2.030	49,49	50,51	2,88	1,75
De 20 - 29 años	6.547	3,54	2.830	3.717	43,23	56,77	4,10	3,21
De 30 - 39 años	9.640	5,21	3.888	5.752	40,33	59,67	5,63	4,96
De 40 - 49 años	15.839	8,56	6.229	9.610	39,33	60,67	9,02	8,29
De 50 - 59 años	23.933	12,94	9.757	14.176	40,77	59,23	14,13	12,23
De 60 - 69 años	37.394	20,21	15.208	22.186	40,67	59,33	22,02	19,13
De 70 a 79 años	51.115	27,63	18.516	32.599	36,22	63,77	26,81	28,11
De 80 y más	35.026	18,93	9.952	25.074	28,41	71,59	14,41	21,62
No consta edad	730	0,39	298	432	40,82	59,18	0,43	0,37
Total	185.018	100,00	69.065	115.953			100,00	100,00

FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.
(Elaboración propia).

TABLA 13
AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP) ENTRE 1 Y 70 AÑOS POR ENFERMEDAD REUMATICA CRONICA DEL CORAZON (ERCC). TASAS POR 1.000 HABITANTES DE CADA SEXO Y PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL DE APVP.—AÑOS 1969 y 1978

Años	HOMBRES				MUJERES			
	APVP todas causas	APVP ERCC	Tasa APVP	% APVP por CRCC respecto a APVP todas causas	APVP todas causas	APVP ERCC	Tasa APVP	% APVP por CRCC respecto a APVP todas causas
1969	1.158.952,50	33.719,50	2,07	2,90	723.451,50	43.722,50	2,56	6,04
1978	1.127.292,00	13.752,50	0,76	1,22	592.557,50	17.652,50	0,94	2,98

FUENTE.— I.N.E.: Movimiento Natural de la Población de España.
 (Elaboración propia).

que se suceden en los diagnósticos clínicos como consecuencia de la patomorfosis que ha sufrido la enfermedad reumática (9) (10).

De ahí, la imposibilidad de un examen exhaustivo de la morbilidad por reumatismo cardiovascular que, a su vez, tampoco puede ser contrastado con la mortalidad al carecer de las tasas correspondientes por grupos etarios y sexo; limitación originada al ser sólo la declaración numérica y no incluirse en las estadísticas oficiales los datos recogidos en las encuestas realizadas por los Servicios Provinciales de Sanidad. Por ello, la mayor parte de las comunicaciones en la literatura médica están basadas en estudios estadísticos de internación hospitalaria o en encuestas epidemiológicas especiales que, generalmente, son difíciles de extrapolar al total de la población (3) (6) (8) (12) (23) (25); apreciándose por ello variaciones importantes en algunas estadísticas publicadas. Así, Burgos de Pablo y Ramón Fernández (5), basándose en los datos existentes en el Ambulatorio de la Seguridad Social y en el Dispensario de Enfermedades del Tórax de Palencia, deducen que la cardiopatía reumática está descendiendo puesto que alcanza tasas del 0,2 por 100 en 1978 y 1979 cuando en el año 1953 era del 2,2 por 100; siendo más frecuente en el grupo de edad de 10-34 años, y la distribución por sexos es ligeramente superior en las mujeres con un 54 por 100.

Ardura y cols. (2) en una serie de 34 niños afectos de carditis reumática (Hospital Universitario de Valladolid), entre 3 y 14 años de edad analizados durante 1967-1981, comprueban que, si bien no disminuye la incidencia, la gravedad del proceso se atenúa; afectándose más las mujeres (59 por 100), con una acumulación en período de otoño-invierno (62 por 100) y predominio del medio urbano con un 61 por 100. Y en otra serie de 14 adultos operados como consecuencia de secuela cardíaca, con una edad promedio de 48 años, destacan también las mujeres con un 72 por 100.

La incidencia más alta en los meses de invierno y primavera debe relacionarse con el incremento de difusión de la infección estreptocócica, favorecida por el estrecho contacto durante la citada época.

Con todo, del presente análisis se deduce que a lo largo del período comprendido entre los años 1951 y 1982 ambos inclusive, el reumatismo en España muestra una intensidad y progresión crónica, puesto que los cambios drásticos son una excepción; siendo precisamente esta estabilización inadecuada la explicación de valvulopatías graves en pacientes adolescentes y adultos que requieren un tratamiento médico prolongado y frecuentemente intervenciones quirúrgicas costosas, cuando no sucede el desenlace fatal.

En la provincia de Valencia, se aprecia una situación que se puede calificar de óptima con respecto al total nacional, dado que la tasa-promedio del período estudiado para España (7,51 por 100.000 habitantes) es casi ocho

veces superior a la obtenida en aquélla (0,97 por 100.000). Esta privilegiada característica también se comprueba en el estudio efectuado según los casos declarados en las cincuenta provincias españolas durante el decenio 1961-1970 por Mezquita López, Gimeno de Sande y Gómez Pomar (13), donde la provincia de Valencia ocupa el lugar número cuarenta y cinco ya que sólo Las Palmas, Guadalajara, Alicante, La Coruña y Baleares presentan menor incidencia; siendo las de mayor, y por este orden, Navarra, Huesca, Granada y Zamora.

Centrando la atención en los últimos años analizados, se aprecia un acusado incremento del reumatismo cardiovascular en el total nacional, con tasas muy superiores a las obtenidas hasta el momento (18,2 y 17,0 por 100.000 habitantes para 1981 y 1982 respectivamente); aumento que también se comprueba en la provincia de Valencia, si bien no tan significativo. Y si ello no está motivado por una mejor educación sanitaria de la clase médica que llevaría parejo un importante aumento en el porcentaje de declaraciones, indica que el proceso se halla en una fase de marcado recrudescimiento perdiendo su característica de endémico sin brotes epidémicos. De todos modos, no es aventurado afirmar que la situación padecida es debida en gran parte a la práctica inexistencia de un programa adecuado de lucha antiestreptocócica en España, junto a la carencia de una eficaz profilaxis vacunal; sobre todo si se piensa en los numerosos casos de cardiopatías reumáticas establecidas de forma insidiosa sin anteriores manifestaciones de fiebre reumática aguda donde la acción preventiva requiere una continua y estrecha vigilancia de las infecciones estreptocócicas sin sintomatología clínica.

Haciendo referencia a la incidencia de la fiebre reumática, así como a la prevalencia de la cardiopatía reumática en el mundo, Strasser (21) afirma que están en regresión en casi todos los países sobre los que se dispone de datos consecutivos, y relacionado al parecer con el desarrollo socio-económico. En Yugoslavia, el número de consultas por cardiopatía reumática en ambulatorios fué en el año 1972 2,8 veces inferior a 1960; en Japón, la prevalencia en niños de edad escolar fué de 0,1 por 1.000 en 1971, cuando en 1958 la cifra se elevaba a 4,6 por 1.000; en Jerusalén, se constató un descenso de la prevalencia de la cardiopatía reumática del 90 por 100 entre el decenio de 1950 y los primeros años de la década de 1970; disminución también observada en Moscú y en otras partes de la URSS. A la par, en los países desarrollados donde la frecuencia de estas enfermedades era baja desde hacia ya tiempo, la tendencia sigue siendo decreciente aunque mucho menos espectacular. A lo que contribuye, asimismo, la atenuación del genio epidemiológico del estreptococo y la introducción de los antimicrobianos (1) (19); destacando la disminución de la gravedad de las cardiopatías (3) (14) (15).

Sin embargo en las zonas en desarrollo las complicaciones cardiovasculares de la fiebre reumática siguen planteando importantes problemas sanitarios, obteniéndose actualmente cifras semejantes a las observadas hacia 1959-1960 en diferentes países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá o Australia; señalándose en la reunión interregional para examinar la marcha del proyecto de la OMS de lucha comunitaria contra la fiebre reumática, celebrada en noviembre de 1979 en Nueva Delhi, que la información disponible sobre mortalidad, prevalencia e incidencia en 16 países o zonas en desarrollo confirmaba la gravedad de este problema de salud, cuyas víctimas son principalmente niños y jóvenes adultos. En Sri Lanka, donde no existe una política nacional sobre la lucha contra la fiebre reumática, la tasa de morbilidad por cardiopatía de dicho origen en 1968 fué de 36 por 100.000 y de 108 en el grupo etario de 5-19 años; y la situación no era muy diferente en otros países en desarrollo (17).

Bertrand y cols. (4) durante 1977-1978 obtienen en Costa de Marfil una prevalencia de cardiopatías reumáticas en medio escolar de 1,9 por 1.000 de 6 a 15 años, 1,0 por 1.000 de 13 a 22 años, y 1,3 por 1.000 para el conjunto del grupo. Ogunbí y cols. (16) en un estudio publicado en 1977 obtienen una tasa en Lagos de 0,3 por 1.000 en 12.755 niños de 6 a 12 años; en Ghana, la prevalencia es de 3,5 por 1.000 en población urbana de 15 a 64 años, y de 2,9 por 1.000 en el grupo etario de 15-24 años (11); y en Africa del Norte, las cifras son más elevadas (20) (22).

En España, el estudio de la mortalidad traduce una disminución significativa a lo largo del tiempo por lo que respecta a la fiebre reumática activa, logrando en el período 1971-1978 una tasa de 0,30 por 100.000 habitantes, caracterizándose la línea de tendencia por un marcado descenso; hecho no seguido por la cardiopatía reumática crónica, donde todavía en el período 1971-1978 alcanza una tasa de 12,19, por lo que la línea de tendencia aún cuando también sufra un descenso la pendiente es débil.

Peor es la situación apreciada en la provincia de Valencia al contrario de lo sucedido en la morbilidad (recuérdese aquí lo señalado respecto a la declaración de casos e incumplimiento de la norma de notificación), ya que el proceso activo después de experimentar un aumento en sus cifras en el decenio 1961-1970 sobre el de 1951-1960 desciende pero obteniendo en los últimos ocho años una tasa de mortalidad que supera en más del doble a la de España. Serie cronológica idéntica a la presentada por la enfermedad reumática crónica del corazón, cuyas tasa-promedio por decenios son siempre superiores a las del total nacional, y manteniendo todavía en el período 1971-1978 una tasa de 14,25 por 100.000 habitantes.

Es por ello que, a pesar de haber experimentado un descenso en el tiempo ambos procesos, tanto en España como en la provincia de Valencia

siguen constituyendo un importante problema sanitario; y si se compara la situación con la ofrecida por otros países de Europa que notifican los datos a la OMS (Tablas núms. 14 y 15), se observa con claridad que es inaceptable ya que franca es la desventaja en cuanto a los logros obtenidos frente a la fiebre reumática y sus secuelas cardíacas. Así, en lo referente al proceso activo, España ocupa el primer lugar en mortalidad durante el decenio 1964-1973, siendo superada en el año 1974 solo por Francia, Portugal e Irlanda del Norte, en 1975 por Grecia, Irlanda, Portugal e Irlanda del Norte, mejorando su situación desde 1976 a 1978, últimos años de los que se dispone de datos. Y por lo que respecta a la cardiopatía reumática, también se halla en primer lugar, y con cifras elevadas, durante el período 1964-1976, ocupando la cuarta posición en 1977 tras Holanda, Inglaterra y Gales, y Escocia, y la tercera en 1978, siendo superada únicamente por Holanda y Escocia (se desconocen los datos de Inglaterra y Gales).

La importancia proporcional de la fiebre reumática activa como causa de defunción en España y en la provincia de Valencia ha disminuido a lo largo del tiempo en buena medida, más no ocurre lo mismo con la cardiopatía dado que han existido períodos en que el descenso de la mortalidad general ha sido más acusado que el específico para aquélla; y solo desde 1973 se aprecia una disminución continua, ofreciendo mejores perspectivas el total nacional que la provincia de Valencia.

En cuanto al sexo, se señala una desviación de la mortalidad hacia las mujeres, considerados globalmente todos los casos, y más manifiesta en la cardiopatía reumática. A la par, aunque el ataque inicial se remonta por lo general a la niñez, a medida que avanza la edad, y hasta el grupo etario de 70-79 años, se presentan invariablemente las tasas más altas de defunción tanto en la fiebre reumática como en su secuela cardíaca, lo cual, según Strasser (21) choca con la experiencia común de que la vida de los pacientes con cardiopatía reumática se acorta considerablemente.

El escaso porcentaje de fallecimientos por fiebre reumática hasta los cuatro años de edad está de acuerdo con la rareza del proceso activo en dichas edades por la escasa incidencia de las infecciones estreptocócicas; puesto que comúnmente se ha considerado que alcanza su máxima incidencia entre los 5 y los 9 años, continuando con cifras elevadas hasta los 20 para declinar rápidamente en los siguientes grupos etarios (9) (24). Por ello, en muchos países en desarrollo la cardiopatía reumática representa la causa principal de defunción de los niños en edad escolar.

CONCLUSIONES

1. La evolución secular del reumatismo cardiovascular en España se caracteriza por una inadecuada estabilización, dado que su duración en el

TABLA 14
EUROPA.—MORTALIDAD POR FIEBRE REUMÁTICA ACTIVA

Fiebre reumática activa	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Bélgica	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	—	—
Dinamarca	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	—	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Francia	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	—	—
R. F. Alemana	0,5	0,5	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Grecia	0,4	0,4	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
Irlanda	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	—	0,2	0,0	0,1	0,3	—	—	—
Italia	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	—	—	—
Luxemburgo	—	—	0,3	0,6	0,3	—	—	0,3	0,3	—	—	—	—	—	—
Holanda	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	—	—
Portugal	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2	0,4	0,5	—	—	—
España	1,17	0,95	1,02	0,87	2,33	1,75	1,42	1,02	0,59	0,29	0,11	0,13	0,06	0,09	0,07
Inglaterra y Gales	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Irlanda del Norte	0,5	0,3	0,7	0,3	—	0,1	—	—	0,1	0,2	0,6	0,3	0,6	0,3	—
Escocia	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Yugoslavia	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	—

FUENTE.—Casos notificados a la O.M.S.

OBSERVACIONES.— = Datos no disponibles.

TABLE 15
EUROPE.—MORTALITY FROM CHRONIC RHEUMATIC CARDIOPATHIES

Países	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Bélgica	0,5	2,7	2,6	0,5	1,0	2,4	3,6	3,6	3,2	3,2	2,7	3,2	3,3	—	—
Dinamarca	6,7	6,8	7,1	6,8	6,2	7,5	8,0	8,0	7,4	6,8	6,8	5,8	6,1	5,5	5,2
Francia	2,6	2,6	2,5	2,5	3,9	4,0	4,0	4,1	4,5	4,1	4,4	4,7	4,5	—	—
R. F. Alemana	1,0	1,0	1,1	1,1	8,3	7,6	7,0	7,4	6,9	6,5	6,2	6,8	6,7	6,0	6,3
Grecia	2,2	1,6	1,5	3,4	7,0	6,9	6,4	6,2	5,6	5,2	6,5	5,2	5,0	4,4	4,3
Irlanda	10,6	10,9	10,2	9,4	14,2	11,8	13,7	11,2	11,7	10,3	10,7	8,8	—	—	—
Italia	11,2	11,2	10,4	10,1	10,5	11,4	10,5	9,9	9,4	9,3	8,7	8,3	—	—	—
Luxemburgo	—	—	12,2	6,6	3,3	3,6	0,9	11,0	6,0	10,8	6,4	—	—	—	5,6
Holanda	5,2	5,4	5,5	5,2	5,6	7,2	7,3	7,7	8,1	7,4	7,3	7,5	5,9	14,0	13,0
Portugal	14,5	13,2	14,1	13,1	11,3	11,8	9,4	6,8	5,5	4,3	7,4	7,6	—	—	—
España	21,01	20,25	19,45	18,66	30,42	31,01	22,23	23,90	17,80	16,09	15,13	14,47	12,80	11,27	10,40
Inglaterra y Gales	13,0	13,0	12,5	11,8	14,4	15,4	14,8	14,0	13,7	12,4	12,3	12,2	11,9	11,5	—
Irlanda Norte	13,0	12,7	12,4	11,3	14,4	16,5	14,0	14,0	12,6	10,5	8,1	8,8	9,8	11,1	—
Escocia	13,6	13,4	13,3	12,5	15,6	14,4	14,5	12,8	10,8	11,7	9,9	9,5	9,9	11,7	12,0
Yugoslavia	9,0	7,7	6,8	7,0	6,7	6,3	5,4	4,8	5,1	4,3	4,8	4,5	3,7	3,5	—

FUENTE.—Casos notificados a la O.M.S.
OBSERVACION: - = Datos no disponibles.

tiempo y firmeza en el espacio no han evitado las oscilaciones que definen la intensidad y progresión crónicas de los procesos endémicos. Y si en los últimos años ello está perdiéndose al haber experimentado un acusado incremento la morbilidad puede explicarse por uno de los hechos siguientes: o han mejorado sensiblemente las actuaciones sobre la declaración y control de los casos por una eficaz educación sanitaria, o se trata de un verdadero brote epidémico que reflejaría la inexistencia de una política sanitaria de ámbito nacional sobre la lucha contra la fiebre reumática y sus secuelas.

2. En la provincia de Valencia, la tasa de morbilidad promedio del período estudiado ha sido casi ocho veces inferior a la de España, aún cuando ello pueda estar influenciado por el incumplimiento de la norma de notificación obligatoria de la enfermedad; y aunque en los últimos tiempos también ha sufrido un aumento, éste no ha sido tan significativo como el apreciado en el conjunto nacional.
3. Las tasas de mortalidad por fiebre reumática traducen una marcada disminución a lo largo del tiempo en España; no siendo tan notoria ésta en el caso de la cardiopatía reumática, por lo que la línea de tendencia siendo descendente lo es menos que la del proceso activo. Y a diferencia de lo sucedido en la morbilidad, es peor la situación observada en la provincia de Valencia, alcanzando en los últimos ocho años una tasa de mortalidad del proceso activo que supera en más del doble a la de España; y lo mismo puede decirse respecto a la secuela cardíaca.
4. La importancia proporcional de la fiebre reumática como causa de muerte ha experimentado un notable descenso a lo largo del tiempo estudiado tanto en España como en Valencia; y si desde el año 1973 se aprecia también una disminución continua respecto a la cardiopatía reumática, anteriormente han existido períodos en los que el descenso de la mortalidad general ha sido más acusado que el específico para aquélla.
5. Según la distribución por sexos, y analizados en conjunto todos los casos, la mortalidad es superior en las mujeres; desviación que es más significativa en la cardiopatía reumática.
6. En el examen de los grupos etarios, se comprueba que las tasas más altas de mortalidad se presentan sin variación a medida que avanza la edad y hasta el grupo de 70-79 años.
7. El cálculo de los años potenciales de vida perdidos por fiebre reumática y cardiopatía reumática desde 1969 a 1978 presentan un valor absoluto, si bien no muy acusado, superior para las mujeres, frente a la sobremortalidad masculina por todas las causas; descendiendo con el tiempo en ambos sexos tanto las tasas de APVP como los porcentajes respecto a los correspondientes por todas las causas.

8. No obstante, aún considerando el descenso de la mortalidad de la fiebre reumática y la cardiopatía del mismo origen en España, si se compara con la evolución que ambos procesos han seguido en otros países europeos que notifican sus datos a la OMS se comprueba fácilmente que nos hallamos en una de las zonas que presenta las tasas más altas; por lo que todavía en la actualidad deben considerarse muy importantes desde el punto de vista de la Sanidad Pública. Y ello es así, puesto que afectan a una gran masa de la población, con tasas elevadas de muertes o invalideces que originan pérdidas económicas de consideración, no estando las posibilidades preventivas impuestas con la intensidad que debieran; y de ahí, que se precise reconsiderar su diagnóstico precoz, control, tratamiento y profilaxis efectiva integrados en los programas de salud nacionales.

RESUMEN

Los autores, utilizando como fuente los casos declarados de reumatismo cardiovascular en España y particularmente en la provincia de Valencia durante el período 1940-1982, así como los datos que sobre defunciones por fiebre reumática y cardiopatía reumática crónica constan en los Movimientos Naturales de la Población de España (I.N.E.) referentes al tiempo transcurrido entre 1951 y 1978, realizan un estudio epidemiológico descriptivo comparando la situación entre los dos conjuntos analizados. Con ello, se han calculado las tasas correspondientes, ya en orden general, ya específicas según sexo y grupos etarios, señalando su importancia proporcional como causa de muerte y calculando los años potenciales de vida perdidos para los años 1969 y 1978. Aprecian que el reumatismo cardiovascular es de características endémicas sin brotes epidémicos en España (la situación en Valencia es más favorable) con un acusado incremento en los últimos años; la mortalidad sufre una desviación hacia las mujeres, y las tasas más altas en ambos sexos se presentan a medida que avanza la edad. Su situación, en conjunto, la traduce en un problema de importancia de la Sanidad Pública, acrecentado si se compara su evolución con la de otros países europeos; lo cual indica la inexistencia de una eficaz acción preventiva en la política sanitaria de España, que debería reconsiderar su control y profilaxis en los programas de salud nacionales.

RESUME

Les auteurs, utilisant comme source les données déclarés de rhumatisme cardiovasculaire en Espagne et spécialement dans la province de Valencia pendant le période 1940-1982, ainsi que les données que sur les décès par fièvre rhumatique et cardiopathie rhumatique chronique, sont constatés dans les Mouvements Naturels

de la Population d'Espagne (Inst. Nat. d'Estadistique) pour le periode de 1951 à 1978, font un étude epidemiologique descriptive comparant la situation des deux ensembles analysés. Ils ont calculé les taux correspondants generales et spécifiques par sexe et par groupes d'âge, en indiquant son importance proportionnelle comme cause de décès et calculant les années potentiels de vie perdues pour les années 1969 et 1978. Ils trouvent que le rheumatism cardiovasculaire a des caractéristiques endemiques sans avoir des poussés épidémiques en Espagne (la situation à Valence est plus favorable) avec une marqué augmentation dans les dernières années, la mortalité a une deviation vers les femmes et les taux plus élevés dans les deux sexes se présentent au fur et à mesure que l'âge avance. La situation, dans l'ensemble, represente un problème important de Santé Publique en augmentation si on compare son évolution avec celle d'autres pays europeennes; ceci indique l'inexistence d'une efficace action preventive dans la politique sanitaire d'Espagne qui devrai reconsiderer le control et la prophylaxis de cette maladie dans les programmes nationales de santé.

SUMMARY

The authors, using as a source the reported cases of cardiovascular rheumatism in Spain and specially in the province of Valencia during 1940-1982, and the data on deaths due to rheumatic fever and chronic rheumatic cardiopathy which are provided by the Natural Movements of Population of Spain (Nat. Inst. Statistics) for the period between 1951 and 1978, make a descriptive epidemiological study comparing the condition of the two analyzed groups. With this, the corresponding rates, both general and age and sex specific, have been calculated, showing its relative importance as a cause of death and evaluating the potential years of life lost for the years 1969 and 1978. They consider that cardiovascular rheumatism has endemic features without epidemic outbreaks in Spain (the situation in Valencia is more favorable) with an important increase in the last years, the mortality shows a shift to the women, and the rates for both sexes are growing according with the increase in age. The situation, as a whole, represents an important Public Health problems increasing if its evolution is compared with that of another European countries, this shows the lack of an effective preventive action in the Spanish health policy, which should consider its control and prophylaxis in the National health programmes.

BIBLIOGRAFIA

1. ARDATTI, K.O. Y DAJANI, S.A. (1980).: Adherence of group A Streptococci to buccal epithelial cells from children of various ages. *J. Pediatr.*, 15, 151.
2. ARDURA, J. Y COLS. (1981).: Carditis reumática y evolución en el futuro. *An. Esp. Pediatr.*, 15, 2, 151.
3. BELLEVILLE-SEJOURNE, A.M. Y COLS. (1979).: Etude comparée de deux groupes similaires de 364 enfants traités de façon identique pour rhumatisme articulaire aigu, observés l'un de 1955 à 1961, l'autre de 1965 à 1972. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 27, 31.

4. BERTRAND, ED. Y COLS. (1979).: Etude de la prévalence des cardiopathies, notamment rhumatismales, en milieu scolaire en Côte d'Ivoire. *Bull. Org. mond. Santé*, 57, 3, 471.
5. BURGOS DE PABLO, A. Y RAMOS FERNANDEZ, A. (1980).: Lesiones valvulares reumáticas en Palencia. Datos epidemiológicos y estadísticos. *Rev. San. Hig. Púb.*, 54, 1, 137.
6. CEA, J.M. Y COLS. (1981).: Fiebre reumática en niños. Revisión casuística (1972-1980). *An. Esp. Pediatría*, 15, 2, 244.
7. CLAVERO GONZALEZ, G. (1977).: Análisis de la situación sanitaria española. Subsecretaría de la Salud. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid.
8. DI SCIASCIO, G. Y TARANTA, A. (1980).: Rheumatic fever in children. *Am. Heart J.*, 99, 635.
9. ESPINO VELA, J. Y COLS. (1970).: Fiebre reumática. Monografía, Antibióticos, S.A., Madrid.
10. HERNANDEZ RODRIGUEZ, M. (1981).: Infección estreptocócica y fiebre reumática. *An. Esp. Pediatr.*, 15, 2, 139.
11. IKEMES, A.C. Y COLS. (1978).: The prevalence of cardiovascular abnormality in a tropical urban population. *Tropical cardiology*, 15, 2, 244.
12. MARCH SALAS, J.M.^a Y COTS PARCEVISA, R. (1981).: Fiebre reumática infantil. Revisión de 94 casos (1956-1980). *An. Esp. Pediatr.*, 15, 2, 244.
13. MEZQUITA LOPEZ, M.; GIMENO DE SANDE, A. y GOMEZ POMAR, F. L. (1972).: La fiebre reumática en España. *Rev. San. Hig. Publ.*, 46, 715.
14. MOZZICONACCI, P. (1966).: Le rhumatisme articulaire aigu. Une maladie qui change d'aspect. *Le Pédiatre parisien*, 3, 21.
15. MOZZICONACCI, P. (1972).: Le rhumatisme articulaire aigu. *Concours méd.*, 94, 4-475.
16. OGUNBI, O. y COLS. (1977).: An epidemiological study of rheumatic fever and rheumatic heart disease in Lagos. En: Akinkugbe, O. ed. *Cardiovascular disease in Africa*, Basel, Ciba-Geigy, pág. 240.
17. OMS (1980).: Lucha comunitaria contra la cardiopatía reumática en los países en desarrollo: I. Un importante problema de salud pública. *Crónica de la OMS*, 34, 361.
18. ROMEDER, J. M. y MC. WHINNIE, J. R. (1977).: Potencial years of life lost between ages 1 and 70% an indicator of premature mortality for health planning. *Crónica de la OMS*, 34, 361.
19. SANCHEZ VILLARES, E. (1981).: Introducción al estudio de la estreptococia en la infancia. *An. Esp. Pediatr.*, 15, 11.
20. SARROUY, CH. Y COLS. (1961).: Considerations on the evolution of heart disease in Algeria. *Am. Heart, J.*, 61, 145.
21. STRASSER, T. (1978).: La fiebre reumática y la cardiopatía reumática en el decenio de 1970. *Crónica de la OMS*, 32, 19.
22. STRASSER, T. y ROTTA, J. (1973).: La lutte contre le rhumatisme articulaire aigu et les cardiopathies rhumatismales: aperçu des activités de l'OMS. *Chronique OMS*, 27, 49.
23. VIART, P. y GALLEZ, A. (1978).: Incidence and prognosis of rheumatic carditis in a belgian hospital. *Europ. J. Cardiol.*, 7, 189.

24. WANNAMAKER, L. W. (1977).: Fiebre reumática. Monografía. Antibióticos, S.A. León.
25. WEDUM, B. G. (1981).: Rheumatic fever in school children of Denver, Colorado. *Public-Health, Rep.*, 96, 2, 157.

CONCLUSIONES DE LAS JORNADAS DE TRABAJO SOBRE SEXUALIDAD

Barcelona, 17 al 20 de abril de 1985

El Instituto de la Mujer, previo contacto con los Ministerios de Educación y Ciencia, Sanidad y Consumo y Justicia, así como con la Federación Española de Municipios y Provincias y recogiendo las sugerencias del Ayuntamiento de Barcelona, ha convocado unas Jornadas de Trabajo sobre Sexualidad, con el fin de posibilitar una reflexión profunda entre los distintos organismos de la Administración.

Estas Jornadas se han estructurado en torno a tres ejes de trabajos básicos:

- Un informe preparatorio elaborado por un equipo interdisciplinar que ha facilitado una descripción de las opiniones y actuaciones, tanto de las distintas Administraciones como de los servicios que actualmente acogen la demanda en materia de sexualidad.
- Las aportaciones teóricas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Oficina Nacional Sueca de Educación y la World Association of Sexology (WAS), organismo que ha patrocinado estas Jornadas.
- El análisis de las experiencias de trabajo desde los tres niveles de la Administración.

CONSIDERACIONES GENERALES

- La sexualidad ha de ser abordada en el marco del desarrollo global de la personalidad y a través de los canales habituales de socialización (familia, escuela y comunidad).
- El respeto de las diferencias de comportamiento sexual y concepciones éticas es una actitud básica para abordar el tema de la sexualidad.
- Es necesario favorecer la vivencia plena, espontánea y enriquecedora de ésta y posibilitar el acceso a todos los recursos informativos y asistenciales existentes.
- Para hacer realidad estos objetivos es necesario realizar un trabajo coordinado a nivel educativo, sanitario y comunitario.

I.— AMBITO EDUCATIVO

1.— Introducción

- 1.1. La educación sexual no debe ser abordada como una asignatura, sino que se debe contemplar en todos sus aspectos desde el marco educativo global.
- 1.2. La pedagogía de la sexualidad deberá ser asumida por el claustro de profesores y el consejo de dirección o futuro consejo escolar de los centros, integrando a los padres en el desarrollo de los programas.
- 1.3. Una auténtica coeducación constituye el primer objetivo básico para conseguir una visión de la sexualidad más libre y responsable.
- 1.4. Los contenidos de los programas de educación sexual deben estar adaptados y contemplar el desarrollo evolutivo del alumno, teniendo en cuenta su entorno social y cultural, respetando las diferentes opciones culturales y graduando los contenidos de estos programas.

2.— Propuestas de actuación

- 2.1. Las diferentes Administraciones competentes en la aprobación del material didáctico que se utiliza en la enseñanza, deben garantizar que en normativa existente pertinente, existan criterios para evitar una educación sexista, discriminatoria o asexuada.
- 2.2. Es necesario que en las bibliotecas escolares existan libros de información sexual que puedan ser consultados con facilidad.
- 2.3. Debe promoverse la existencia de espacios informativos en los centros de enseñanza en los que se disponga de material sobre el tema, de fácil acceso para los alumnos, en forma de trípticos, folletos etc.

- 2.4. Es necesaria una revisión científica de todo el material pedagógico de soporte en todos aquellos aspectos que hacen referencia a la sexualidad.
- 2.5. Las diferentes Administraciones deberán promover estudios e investigaciones sobre el tema.
- 2.6. Es necesario que las familias, a través de las asociaciones de padres de alumnos participen en los programas de educación sexual que se impartan, si bien su inhibición no debe obstaculizar la acción de la escuela.
- 2.7. Es preciso fomentar el diálogo entre padres y profesores, instrumentando mecanismos de encuentro y participación que garanticen el trabajo sistemático entre estos dos colectivos.
- 2.8. El sistema educativo debe contar con los centros especializados que trabajen en la zona (centros de planificación familiar, servicios de información, etc.) para elaborar estrategias conjuntas en formación sexual.

3.— Formación de profesionales

- 3.1. Las administraciones competentes en materia de educación deben:
 - Introducir un área de educación para la salud que integre la educación sexual en la formación de todo tipo de profesionales relacionados con la enseñanza y muy especialmente las Escuelas Universitarias de Formación del Profesorado de E.G.B. La introducción del tema de la sexualidad en estos currícula debe realizarse desde una perspectiva multi e interdisciplinar.
 - Incluir en los programas de formación permanente los aspectos de educación para la salud sexual en el ámbito más amplio de la educación para la salud.
 - Garantizar que en los cursos de formación inicial y permanente del profesorado no sólo se aborde la información, sino también la metodología a utilizar, teniendo en cuenta las actitudes y resistencias que este tema suscita.

4.— Propuestas de normativa jurídica

- 4.1. Es necesario que los órganos competentes de cada Administración dicten los instrumentos jurídicos adecuados que garanticen la educación sexual en los distintos niveles de enseñanza (incluyendo los centros que acogen a niños y niñas de 0 a 6 años).

II.—AMBITO SANITARIO

1.— Introducción

Los centros de planificación familiar se encuentran en la actualidad colapsados por largas listas de espera, y sólo pueden atender la demanda de una mínima parte del colectivo de mujeres en edad fértil. Por otro lado, existen numerosos sectores de población de la comunidad (adolescentes, mujeres mayores, etc.) en que se dan especiales condiciones de necesidad y que no se benefician de las prestaciones que ofertan estos centros.

- 1.2. La situación de partida hace necesaria una reconversión global de la atención en planificación familiar que afecte a las modalidades actuales de la prestación, a las formas de trabajo cotidiano de los profesionales y que garantice una cobertura más amplia de los colectivos de población necesitados.

2.— Propuestas de actuación

- 2.1. Esta reconversión se articularía en torno a dos ejes:

- a) Extensión de las prestaciones contraceptivas básicas al nivel de Atención Primaria de Salud.
- b) Redefinición de los actuales centros de planificación familiar como centros de referencia que asuman funciones de:
 - Cobertura de determinadas prestaciones contraceptivas que por características técnicas no puedan proveerse a nivel de atención primaria.
 - Coordinación horizontal de los recursos y/o servicios sanitarios y sociales de cada territorio concreto que realicen actividades relacionadas con la esfera de la sexualidad y/o fecundidad.
 - Atención a las demandas y necesidades que en cada comunidad y en especial los grupos desatendidos presentan en la esfera de la sexualidad-fecundidad. Es necesario también profundizar en la observación de estos grupos y elaborar propuestas de líneas de acogida específicas a las necesidades comunitarias que se evidencien, comprometiendo a nivel horizontal a los diversos servicios.

- Consulta metodológica y formación permanente de los equipos profesionales sanitarios y sociales que trabajan en el nivel de atención primaria de salud, con la finalidad de que incorporen a la asistencia cotidiana de los problemas de la sexualidad y/o fecundidad el punto de vista educativo y psicosocial.
 - Realización, en un futuro inmediato, de programas piloto de atención en materia de sexualidad-fecundidad dirigidos a colectivos de adolescentes y a mujeres de 35 años. La elección de estos colectivos viene justificada por sus especiales condiciones de riesgo de embarazo no deseado y el elevado impacto sanitario y social que esto comporta.
- 2.2. La iniciativa y apoyo político de las Administraciones públicas es decisiva en orden a conseguir una eficiente coordinación de los diferentes niveles de la planificación familiar. Para ello deberán promoverse estrategias locales que permitan superar la dificultad que supone la fragmentaria titularidad jurídica de los servicios actuales.

3.— Formación de profesionales

- 3.1. La contribución presupuestaria de las Administraciones públicas debería centrarse en la promoción de programas de formación permanente centrados en los equipos de planificación familiar y en el territorio, que ayuden a realizar una reconversión interna de los objetivos, de los servicios y de las prácticas profesionales.
- 3.2. Es necesario incorporar (en la línea de las recomendaciones de la OMS, reunión de noviembre de 1983 en Copenhague), las enseñanzas psicosociales y técnicas relacionadas con la esfera de la sexualidad, a la formación básica y continuada de los profesionales sanitarios y sociales.

4.— Propuesta de normativa jurídica

- 4.1. Los profesionales sanitarios, y en especial los médicos que trabajan en planificación familiar, precisan de una acción administrativa positiva que les dé apoyo y protección a eventuales reclamaciones en materia de atención contraceptiva a adolescentes.
- 4.2. Se recomienda recabar de las diversas Administraciones públicas los dictámenes jurídicos necesarios en orden a determinar la posibilidad de actuar en este ámbito dentro del marco legal.

- 4.3. Asimismo, los médicos deberían promover la discusión y revisión, si procede, a la luz de esta problemática, de los diversos Códigos Deontológicos aprobados por los Colegios Oficiales de Médicos.

III.— AMBITO COMUNITARIO

1.— Introducción

- 1.1. Existen una serie de situaciones respecto a las cuales se hace necesario establecer una estrategia de intervención comunitaria:
- Discriminación en función del sexo.
 - Violencia relacionada con el comportamiento afectivo-sexual.
 - Marginación por razón de la orientación sexual.
 - Prostitución.
 - Negación de la sexualidad en los ancianos.
 - Represión de la expresión sexual de las personas recluidas en instituciones cerradas.
 - Represión de la sexualidad de los disminuidos físicos y psíquicos.
 -
- 2.2. La propuesta educativa a nivel comunitario no puede contemplar tan sólo el diseño y la oferta de recursos para intentar dar respuestas a los problemas planteados, sino que se deben estructurar una serie de medidas que favorezcan la toma de conciencia de las actitudes existentes en la comunidad.

2.— Propuestas de actuación

- 2.1. Se manifiesta como necesaria la coordinación de todas aquellas áreas, servicios y recursos que, en cualquiera de sus niveles, tengan competencia o relación con Educación, Juventud, Servicios Sociales y Cultura para promover programas globales de actuación.
- 2.2. Las Administraciones locales deberán colaborar impulsando, promoviendo y ofreciendo recursos para la elaboración y puesta en marcha de diferentes programas de educación sexual dirigidos al ámbito sanitario, comunitario y escolar.
- 2.3. Es preciso impulsar la investigación y registro de la realidad, expectativas y necesidades de la población en este campo, utilizando los resultados para la elaboración de los programas más pertinentes.

- 2.4. Se concibe la participación como un instrumento metodológico básico en el trabajo comunitario.
- 2.5. Es necesario profundizar en el conocimiento y el diálogo con diferentes colectivos que sufren situaciones de discriminación e instrumentar estrategias que eviten que la diferencia se convierta en desigualdad.
- 2.6. Se considera de gran importancia el estímulo por parte de los profesionales y el consiguiente apoyo por parte de la Administración a los grupos de mutua ayuda.
- 2.7. El mundo familiar es relevante en las cuestiones relacionadas con la sexualidad y por ello se propone facilitar mecanismos de soporte en forma de:
 - Recursos didácticos para padres.
 - Creación de grupos de discusión entre padres,
 -
- 2.8. Deben elaborarse guías de recursos y realizarse una amplia difusión de los servicios de que se ofertan.
- 2.9. Es necesario dar respuesta a los problemas que surgen de la violencia sexual en la comunidad, ofertando servicios de acogida y ayuda.
- 2.10. Es necesario profundizar en la problemática de la prostitución, especialmente de menores.
- 2.11. Deben ubicarse centros de atención primaria en las zonas con alto índice de prostitución que puedan ofertar servicios adecuados a este colectivo.

3.— Formación de profesionales

- 3.1. Debe incluirse la educación sexual en los currícula y en la formación permanente de los trabajadores comunitarios tales como educadores especializados, asistentes sociales, psicólogos de la comunidad, sociólogos, animadores socio-culturales y monitores de tiempo libre.

4.— Propuestas de normativa jurídica

- 4.1. Se propone que el Parlamento español y los Parlamentos de las diferentes Comunidades Autónomas asuman la recomendación del Consejo de Europa sobre la no discriminación hacia la homosexualidad, aprobada en la Asamblea de parlamentarios del Consejo de Europa el 1-10-1981.
- 4.2. Debe elaborarse la normativa pertinente para la erradicación en el

ámbito de los mensajes difundidos por los medios de comunicación social, sea cual sea su objeto, de toda utilización de la persona humana que sea contraria a su dignidad o discriminatoria por razón de sexo, edad o cualquier otra condición personal o social.

IV.— RECOMENDACION FINAL

Los participantes en las Jornadas y, en especial, los representantes de los organismos internacionales, han destacado la importancia de que por primera vez en nuestro país se hayan reunido los tres niveles de la Administración para reflexionar sobre el tema de la sexualidad y sentar las bases para un proyecto global de actuación en este campo.

Para dar continuidad al trabajo iniciado se propone al Instituto de la Mujer que, con el apoyo y colaboración de los organismos participantes, pongan en marcha un mecanismo organizativo que posibilite la concreción y desarrollo de los objetivos de trabajo planteados en las Jornadas.

JORNADAS SOBRE DIMENSION EDUCATIVA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Los días 6, 7 y 8 de junio de 1985 se celebrarán en el Hotel de la Reconquista de Oviedo las **JORNADAS SOBRE "DIMENSION EDUCATIVA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR"**, organizadas por el Instituto de la Mujer (Ministerio de Cultura) y la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, y patrocinadas por el fondo de Población de las Naciones Unidas y la Unión Internacional de Educación Sanitaria, con los siguientes objetivos:

- 1) Contribuir a la difusión, en el ámbito del Estado Español, de la metodología, resultados, materiales educativos elaborados y conclusiones de futuro obtendidas por el Programa Experimental **"Desarrollo de la dimensión educativa en la atención de planificación familiar"**.
- 2) Contribuir a la difusión de los materiales y resultados obtenidos por el Programa Experimental en el ámbito internacional, así como promover al mismo nivel, el intercambio de experiencias aplicadas de educación sanitaria en el sector de planificación familiar.
- 3) Proporcionar a los equipos de profesionales, que han participado directamente en el Programa Experimental, un espacio para la evaluación conjunta del proceso seguido y el análisis de la aplicabilidad de otras comunidades del modelo formativo utilizado.

Participan en estas Jornadas, además de especialistas internacionales en Planificación Familiar y Educación Sanitaria, los Centros Piloto de Avilés (Asturias), Santa Cruz de Tenerife (Canarias), Jérez de la Frontera (Cádiz), y Torrellobeta en los que se llevó a cabo el Programa Experimental.

Están abiertas a todos los profesionales que Trabajan en la planificación Familiar y/o Atención Primaria.

MESA REDONDA SOBRE USO Y ABUSO DE LA METADONA EN LA DROGADICCION

Entre las actividades programadas por la Asociación Española de Toxicología, se va a celebrar una Mesa Redonda en la que cinco ponentes tratarán, durante diez minutos cada uno, de los diferentes aspectos de "LA METADONA EN SU USO Y ABUSO" como tratamiento de la drogadicción, seguido de coloquio público.

La sesión se desarrollará en el Aula de la quinta planta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (c/ Santa Engracia n. 31) a las 11,30 horas del 15 de junio.

El moderador y los ponentes participantes son:

Moderador: Doctor R. Garrido-Lestache Cabrera (Farmacéutico-Médico). Profesor Titular en la Cátedra de Medicina Legal, Universidad Complutense de Madrid. Médico Forense de la Audiencia Nacional.

Ponentes:

- Ilmo. Sr. D. José Jiménez Villarejo, Fiscal Antidroga.
- Doctor D. Miguel-Angel Ramón Caveró, (Médico) Psiquiatra experto en drogas duras de abuso, Ex-Director del Centro de la Cruz Roja de Madrid para la lucha de las Toxicomanías.
- D. José-Ramón Bronet (Médico). Director de la Cruz Roja de la lucha contra las Toxicomanías en los Centros Marroquina y Fúcar.
- Doctor Esteban Lana (Médico forense interino). Médico experto en el tratamiento de toxicómanos en Calahorra (Logroño).
- Doctora C. Lorca Tamayo (Farmacéutica), Facultativo del Instituto Nacional de Toxicología de Madrid.

II CONGRESO NACIONAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA 1985

El evento es organizado por la Sociedad Cubana de Higiene y Epidemiología bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, el Consejo Nacional de Sociedades Científicas, los Institutos Nacionales de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Medicina del Trabajo, Medicina Tropical y Nutrición e Higiene de los Alimentos, y los Grupos Nacionales correspondientes a las distintas especialidades.

Actividades

El Congreso tendrá una duración de 4 días (14-17 de octubre) y se celebrará en el Palacio de las Convenciones. Durante el Congreso se presentarán Sesiones Plenarias, Simposios, Mesas Redondas, Conferencias, Temas Libres en las sesiones de trabajo y Posters; además de las proyecciones y exposición científico-técnica.

La temática será amplia e incluirá los aspectos siguientes:

- Higiene de los alimentos y nutrición
- Sistema de vigilancia epidemiológica
- Higiene comunal
- Higiene escolar
- Higiene del trabajo
- Microbiología, Entomología y Química Sanitaria
- Contaminación atmosférica
- Higiene de las radiaciones
- Administración de salud
- Desinfección y control de vectores
- Inmunizaciones
- Psicología social y del trabajo

- Medicina Tropical
- Ingeniería Sanitaria
- Inspección Sanitaria Estatal
- Educación para la salud
- Otras especialidades afines

En las diferentes actividades que se han planificado para nuestro Congreso participarán un grupo de destacados profesores entre los cuales se encuentran:

- Dr. M. Elbatawe (Organización Mundial de la Salud)
- Dr. N. Ismerov (Unión Soviética)
- Dra. F. Kaloianova (Bulgaria)
- Dr. B. Svetska (Checoslovaquia)
- Dra. E. Zsogon (Hungría)
- Dr. J. Indulski (Polonia)
- Dr. K. Shimchikievich (Polonia)
- Dr. H. Kreibich (República Democrática Alemana)
- Dr. Claude de Ville (Organización Panamericana de la Salud)

Se brindarán diferentes cursos pre-congreso del 7 al 12 de octubre en las diversas instituciones de investigación en Higiene y Epidemiología que abordarán las temáticas siguientes:

- Salud Ocupacional
- Psicología
- Desastres Naturales
- Otros aspectos de la Medicina Preventiva

Exposiciones

Durante el II Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología del 14 al 17 de octubre tendrá lugar una Exposición científico-comercial donde pondrán exponer las firmas interesadas.

Los precios son:

El m de stand montado, incluyendo paredes, instalación de una lámpara, el rótulo de la firma y limpieza, tiene un precio de US\$ 100.000.

El m de espacio sin montar, tiene un precio de US\$ 50.000.

Para mayor información dirijase a :

Ferías y Exposiciones

Palacio de las Convenciones

Apartado Postal 16046

Zona 16, La Habana, Cuba

Télex 511609 PALCO CUBA

Idiomas oficiales

Los idiomas oficiales serán el español, inglés y ruso.

Presentación de trabajos

La fecha límite para la presentación de los resúmenes de los trabajos será el 14 de junio de 1985. Estos resúmenes tendrán un máximo de 250 palabras.

Cuotas de inscripción

Congreso

Delegados: US\$100.000

Esta cuota incluye:

- Asistencia al Congreso
- Documentación
- Credencial
- Certificado de asistencia

Acompañantes: US\$50.000

Esta cuota incluye:

- Asistencia a las actividades oficiales del evento
- Credencial

Cursos pre-congreso:

Delegados: US\$15.00 (cada curso)

Correspondencia

La correspondencia podrá enviarse a:

II Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología
Palacio de las Convenciones
Apartado 16046
Zona 16, La Habana, Cuba
Télex 511609 PALCO CUBA

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SALUD PUBLICA Y ADMINISTRACION SANITARIA. PLANIFICACION Y EVALUACION SANITARIAS. (BARCELONA 1985)

Organiza

Sociedad Española de Epidemiología

Asociación Española de Administración Hospitalaria

Asociación Española de Salud Pública

Sociedad Catalana de Salud Pública

Comisión de Economistas de la Salud del Colegio de Economistas de Catalunya

Asociación de Inspectores de Servicios Sanitarios de Madrid

La Salud Pública entendida como conjunto de aplicaciones provenientes de disciplinas científicas diferentes con el objetivo común de conocer el nivel de salud/enfermedad de una comunidad, organizar las actividades dirigidas a mejorarlo y evaluar la efectividad y la eficiencia de los recursos empleados en ello, ha tenido en nuestro país un desarrollo precario y muy disperso.

Es una obligación, para los que desarrollamos nuestra actividad profesional y/o científica en este campo, buscar salidas a esta precaria situación y promocionar el papel de la Salud Pública en la formulación de las directrices sanitarias en nuestro país.

Por todo ello, hemos considerado oportuno organizar el "1 Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria" con la esperanza de poder contar con la presencia de todas las personas e instituciones hoy en día presentes en el campo de la Salud Pública.

Estamos convencidos de que favoreciendo el debate colectivo y pluridisciplinar que debe presidir nuestro congreso, sentamos las bases de un futuro mejor.

PROGRAMA PROVISIONAL

Martes, 22 Octubre 1985.—

16,20 h. Entrega de credenciales y material.

Miércoles, 23 Octubre 1985.—

1ª Sesión: Planificación Sanitaria.

8-9,30 h. Entrega de credenciales y material.

9,30 h. Sesión inaugural.

11 h. 1ª Ponencia "Necesidades informativas".

13 h. Debate general.

14 h. Descanso-comida.

16 h. 2ª Ponencia "Aspectos macroeconómicos del sector sanitario

18 h. Debate general.

18,30 h. Comunicaciones seleccionadas.

Jueves, 24 Octubre 1985.—

2ª Sesión: Organización y Gestión de Centros asistenciales.

9 h. 1ª Ponencia "Necesidades Informativas". Del marco general, de estructura, de actividad, de costos, de resultados.

11,30 h. 2ª Ponencia "Centros de Atención Primaria. Situación actual y perspectivas de cambio".

14 h. Descanso-comida.

16 h. 3ª Ponencia "Centros hospitalarios. Situación actual y perspectivas de cambio".

18 h. Comunicaciones seleccionadas.

Viernes, 25 Octubre 1985.—

3ª Sesión: Evaluación Sanitaria.

9 h. 1ª Ponencia "Evaluación de las actividades clínicas".

11,30 h. 2ª Ponencia "Evaluación de las actividades comunitarias".

14 h. Descanso-comida.

16 h. Comunicaciones seleccionadas.

18 h. Reunión de las sociedades convocantes.

Sábado, 26 Octubre 1985.—

Sesión de clausura.

9 h. "La planificación, formación y gestión de recursos humanos en salud pública y administración sanitaria".

11,30 h. "La reforma sanitaria".

14 h. Acto de clausura.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN

Inscripciones recibidas hasta el 31 de Agosto 1985

Ptas. 15.000

Inscripciones recibidas desde el 1 de Septiembre 1985

Ptas. 20.000

Abono de inscripción

- A) Adjuntando talón a nombre del 1er. Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- B) Ingresando o transfiriendo a la cta. cte. no. 200/65752 a nombre de 1er. Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria.
Oficina Principal del Banco de Santander, P. de Gracia 5, 08007 BARCELONA.

ASOCIACION BENEFICO-DOCENTE "PROF. VICENTE CALLAO"

Convocatoria de la Beca "Prof. Vicente Callao", dotada de **ciento cincuenta mil pesetas** (150.000 ptas.), para realización de Tesina de Licenciatura o Proyecto de Investigación en Microbiología, durante el curso académico 1985-86.

Los candidatos deben reunir los siguientes requisitos:

- 1.— Ser de nacionalidad española.
- 2.— Poseer el título de Licenciado o Doctor en Farmacia, por una Universidad Española.

Solicitudes: Además de los documentos que demuestren los requisitos anteriores, se ha de presentar la siguiente documentación:

- a) Instancia dirigida al Ilmo. Sr. Presidente de la Asociación "Prof. Vicente Callao".
- b) "Curriculum vitae", adjuntado de originales o fotocopias de lo que en él se exprese.
- c) Proyecto de Investigación, con el Vº.Bº., en su caso del director del mismo.
- d) Aceptación del Jefe de Departamento, donde se pretenda efectuar dicho Proyecto.

Fecha y lugar de presentación: Antes del día 15 de octubre de 1985, en el domicilio social de la Asociación: Departamento de Microbiología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada.

Granada, 18 de abril de 1985

NOTA.— En todo lo no expuesto, en la presente convocatoria, la misma se regirá por lo marcado en los Estatutos de esta Asociación, aprobados por el Ministerio del Interior, en resolución de fecha de 4-Junio-1984.

INFORMES DE LA OMS

Consulta sobre la prevención de osteoporosis. ¿Una preocupación de Salud Pública?

Gothemburgo, 22-23 noviembre 1984

ICP/NUT 102 m 01 (S)

4715 F

28 enero 1985

ORIGINAL: INGLES

INFORME-RESUMEN

El objeto de la Consulta fue comprometer a investigadores clínicos y expertos en salud pública de diversas disciplinas tales como: nutrición, geriatría y sanidad en una discusión sobre la prevención de la osteoporosis.

Dos trabajos de posición sirvieron de base a la discusión:

- Una breve revisión de la patogenia y de las consecuencias de la osteoporosis, destacando el alarmante aumento actual de la incidencia de fracturas de caderas en el norte de Europa y en los Estados Unidos, pero marcando que hay todavía diferencias entre la población urbana y la rural en estos países.
- Una bibliografía seleccionada y anotada sobre osteoporosis y nutrición, consistente en resúmenes de trabajos más notas explicatorias y comentarios críticos.

Además, la Consulta tuvo antes un documento de los Institutos Nacionales de Sanidad de Estados Unidos titulado "Osteoporosis-1984".

Los principales temas discutidos, tanto en las sesiones plenarias como en los grupos de trabajo, fueron:

- las causas de la osteoporosis
- medidas preventivas
- áreas de investigaciones futuras.

Conclusiones y recomendaciones

La etiología de la osteoporosis no está completamente clara, aunque las características principales de esta afección están bien descritas. Uno de los factores importantes de la buena salud ósea es una buena masa ósea que se consigue cuando una persona tiene alrededor de 20 años de edad. Lo ideal por tanto es que la prevención comenzara en el juventud. La pérdida de hueso parece estar influenciada por varios factores, muchos de ellos relacionados con los modernos estilos de vida tales como hábito de fumar, escasa actividad física y dietas que son demasiado bajas en calcio y/o demasiado altas en proteínas. Hay indicaciones de que existe una creciente necesidad de calcio en los grupos de edad más avanzada (más de 50-60 años), pero la Consulta aún no cree que convenga hacer en estos momentos una recomendación de aumentar las necesidades dietéticas aconsejadas para estos grupos de edad (que en el norte de Europa está alrededor de 600 mg/día). Se acordó que, desde el punto de vista sanitario, los problemas nutricionales deberían tratarse por manipulación dietética más que suplementos de nutrientes. La exposición de la piel a la luz del sol puede ser una fuente más eficaz de metabolitos de vitamina D que suplementos orales. Hay todavía muchas áreas en que se necesitan más conocimientos antes de que se pueda dar al público un consejo significativo.

El informe final de la reunión (sólo en inglés) estará disponible en la Unidad de Nutrición de la Oficina Regional para Europa.

Reunión regional de grupos de apoyo a madres lactantes en Europa

Bonn, 19-24 junio 1984

ICP/NUT 102 m 02 (S)

4778 F

5 febrero 1985

ORIGINAL: INGLES

INFORME-RESUMEN

El objetivo de este taller fue proporcionar a los grupos de apoyo de madres lactantes en Europa un foro para el intercambio de información organizativa y práctica y a la Oficina Regional para conocer la estructura y organización de esta clase de grupo de autoayuda. Estos grupos se han descrito a menudo como muy importantes para la tasa mayor de lactancia materna observada en varios países industrializados.

El taller reunió a participantes de 15 países europeos: 12 representantes de grupos y 3 individuos interesados en comenzar grupos de este tipo. Hubo también 2 miembros del personal de la Oficina Regional y 7 niños alimentados a pecho de una edad de 16 meses.

El tema de la reunión fue "Lactancia materna-un asunto social", y los temas principales de discusión fueron:

- los aspectos técnicos y sociales de la lactancia materna y el papel de los grupos de apoyo a madres de lactantes.
- los aspectos prácticos del asesoramiento sobre lactancia y la organización de grupos de apoyo a las madres lactantes.
- la organización de una red internacional de grupos de apoyo a madres lactantes.

Hubo grupos de trabajo sobre asuntos prácticos y organizativos tales como "lactancia materna y madre trabajadora", "cómo pueden los grupos de madres trabajar con el personal sanitario", "cómo usar el Código Internacional de la OMS de Comercialización de Sustitutivos de la Leche Materna". Se preparó un día de reunión abierta al público que fue inaugurada por un representante del Ministerio Federal de la Juventud, Asuntos Familiares y Salud. A este día abierto acudieron 120 personas y se tituló "Lactancia materna-más que nutrición infantil".

La Reunión acordó que hay una gran necesidad de una afiliación internacional de la lactancia materna que podría funcionar como una organización global que acogiera a todos los grupos. Los participantes llegaron a la conclusión de que para ellos el aspecto más importante de la Reunión fue la experiencia personal de haberse encontrado con otros grupos de trabajo en la misma materia y con métodos muy similares, una experiencia que sería útil para su trabajo en su país. Las palabras "inspiración" y "nuevo estímulo" se usaron varias veces en la sesión de resumen.

Los grupos decidieron compartir la información de forma más regular de lo que habían estado haciendo antes e invitar a grupos de fuera de su propio país a reuniones anuales como asunto de rutina. También decidieron intentar mantener otra Reunión Regional en Europa dentro de unos años.

El informe final de esta Reunión puede obtenerse en la Unidad de Nutrición de la Oficina Regional de la OMS para Europa.

COMUNICADOS DE PRENSA

Novedad en la OMS: Hacia una masa crítica de jefes de fila para la salud.
OMS Información n.º 92, enero 1985. Por Philippe Stroot.

El éxito de las políticas y estrategias de la Salud para Todos depende de la presencia de gentes con gran dedicación—agentes y administradores sanitarios— capaces de aspiraciones elevadas, de hecho, animadores del desarrollo sanitario. Invertir en la salud es una de las medidas más sabias que pueda tomar un dirigente político. El Consejo ejecutivo de la OMS, reunido en Ginebra en enero de 1985, ha aprobado, en principio, la propuesta del Director General para suscitar animadores de la Salud para Todos. Esta formación no tendrá un carácter "escolar" sino que hará intervenir, además de los dirigentes y responsables de alto nivel del sector de la salud y de los prestadores de atenciones, a personalidades cuya autoridad es notoria, y que juegan un papel activo en campos como la política, la acción social, las ciencias, la educación, la religión, el servicio público y la acción comunitaria en favor del desarrollo sanitario.

Para nada sirve el tener una buena estrategia sin generales para dirigir su aplicación. Esta regla no tiene ninguna excepción, incluso cuando la estrategia en cuestión es tan poco militar como la de la Salud para Todos en el año 2.000, que inspira hace algunos años el conjunto de las actividades de la OMS.

El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS no se ha equivocado puesto que una de las novedades del proyecto del presupuesto programa que ha presentado al Consejo Ejecutivo reside precisamente en el desarrollo, a nivel mundial, de "una masa crítica de jefes de fila de la acción para la

Salud para Todos". Tanto si es en los países, en la OMS, en las instituciones bilaterales o multilaterales, o incluso en el seno de las organizaciones no gubernamentales y benéficas, estos jefes de fila deberán ser los generales que aseguren el éxito de la estrategia común.

Reunidos con ocasión de su setenta y cinco sesión en enero de 1985 en Ginebra, los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS han recibido con agrado esta propuesta, susceptible, según su criterio, de favorecer la realización de los objetivos fijados.

Se tratará, en efecto, de hacer que estos jefes de fila extiendan a todos los niveles de la sociedad la idea de la Salud para Todos, con el fin de que se traduzca en la realidad de los hechos.

Es necesario que sean suficientemente numerosos, de ahí la noción de masa crítica que es necesario conseguir. O, como ha señalado el Consejo, la formación de personal de salud en función de las necesidades de la política de Salud para Todos se ha puesto en marcha muy lentamente por parte de los Estados Miembros. El Consejo señaló igualmente que aunque es un factor capital, la existencia de una masa crítica de personas capaces de concebir y ejecutar las estrategias nacionales de la Salud para Todos, no hay en el mundo entero un solo centro-universidad, escuela de salud pública u otro centro de formación, que dispense una formación en este campo.

Para intentar rellenar esta laguna, el Dr. Mahler ha propuesto poner en práctica una formación en materia de dirección de la acción para la Salud para Todos. Esta formación será destinada tanto a los altos funcionarios de los ministerios de salud como a los clínicos, personal de enfermería, administradores de hospitales, especialistas en ciencias humanas, responsables universitarios, investigadores, profesores y a los políticos.

Esta formación será obligatoria para los cuadros superiores de la OMS y fuertemente recomendada a aquellas organizaciones interesadas en el sistema de las Naciones Unidas. Se dispensará en las instituciones nacionales, de preferencia ligadas a las universidades y cuando sea posible, cada región dispondrá por lo menos de un establecimiento que ofrezca posibilidades de formación en las lenguas requeridas.

Unanimidad y entusiasmo

Todos los miembros del Consejo Ejecutivo que han opinado sobre este tema han juzgado esta propuesta del Director General interesante e importante; los más entusiastas fueron, sin lugar a dudas, los participantes llegados de los países en desarrollo.

Tal fue el caso del Dr. D. G. Makuto, Subsecretario de la Salud de Zimbabwe, para quien "las propuestas del Director General relativas a la formación que ayude a constituir una masa crítica de jefes de fila de la acción para la Salud de Todos, son de una importancia vital si se quiere que los países aprendan a utilizar lo mejor posible los recursos de la OMS y consigan una situación de autosuficiencia".

"Es necesario atribuir prioridad a la orientación de una gran cantidad de jefes de fila de la salud" señaló el Dr. D. N. Regmi, Director General de los Servicios de Salud del Nepal, puesto que "porque les incumbe a ellos principalmente la tarea de trabajar sobre la realización de la Salud para Todos. Incluso sin haber estado formados en tareas de atenciones de salud primaria, los médicos y las enfermeras podían servir de educadores para informar a las poblaciones sobre estas atenciones". Estima que en lo que a él concierne, esta formación debería "alejarse de la rutina, y estar fundada en el principio del aprendizaje por la acción, para que los futuros jefes de fila tengan el sentimiento de contribuir a labrar el destino de su país".

Esta opinión se une a la del Dr. J. M. Borgoño, Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales en el Ministerio de Salud de Chile, que estima que "el ideal es formar al personal en su propio país, para que tengan un conocimiento mejor de la situación local".

En cuanto al Dr. H. Sudsukh, Subsecretario en el Ministerio Tailandés de Salud Pública, ha señalado que la expresión "jefes de fila" cubre una amplia gama de recursos humanos, desde los niveles más humildes como el del jefe del pueblo, hasta el nivel más elevado, como el de las instituciones internacionales como la OMS, y engloba a hombres y mujeres de todas las categorías sociales, funcionarios y otros, pertenecientes o no a profesiones ligadas a la salud —más específicamente— a personalidades políticas".

"Se pensará que tal proyecto es ambicioso, y en efecto lo es", decía el Dr. Mahler presentando su idea, "pero se impone en estas circunstancias y la OMS faltaría a su deber si no se esforzara enérgicamente en realizarlo sin tardanza".

El hecho de que esta proposición haya encontrado el acuerdo unánime de los Miembros del Consejo Ejecutivo alienta a la Organización para ir hacia adelante en la realización de este importante proyecto.

El Comité Ejecutivo de la OMS nombra a dos Directores Generales nuevos.

Africa: Dr. Gottlieb Lobe MONEKOSSO y Europa: Dr. Jo Eirik ASVALL.
Comunicado de prensa OMS/1, 11 enero 1985.

Desde el uno de febrero de 1985, y por cinco años, los Directores de las Oficinas Regionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Africa

y para Europa serán, respectivamente, el Dr. Gottlieb Lobe Monekosso (Caméruin) y el Dr. Jo Eirik Asvall (Noruega). Los dos prestaron juramento en Ginebra el 11 de enero de 1985, ante el Director General de la OMS, el Dr. Halfdan Mahler y los miembros de la 75 sesión del Consejo ejecutivo de la OMS.

Estos dos nombramientos están de acuerdo con las designaciones que se habían llevado a cabo anteriormente por los Comités Regionales de la OMS para África y Europa.

El Dr. Monekosso nació en Lagos, Nigeria, el 13 de noviembre de 1928. Es doctor en Medicina (Londres), miembro del Real Colegio de Médicos (Edimburgo) y posee el diploma de Medicina e Higiene Tropical que obtuvo en el Reino Unido. Fue profesor de Medicina en la Universidad de Lagos y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Dar-es-Salaam, en la República de Tanzania, antes de ser nombrado Director del Centro Universitario de Ciencias Médicas y profesor de Medicina y de Medicina Comunitaria en la Universidad de Yaoundé, en Caméruin. Representó a su país en la Asamblea Mundial de la Salud en varias ocasiones, después entró en la OMS, en donde el último puesto que ocupó fue el de representante de la OPS/OMS para Jamaica, Bermudas, así como en las Islas Caimanes, Turks y Caicos. El Dr. Monekosso sucede al Dr. Comlan A. A., Quenum, que falleció en agosto pasado en Brazzaville en el ejercicio de sus funciones.

El Dr. Asvall nació en Drammen, en Noruega, el 24 de junio de 1931. Hizo sus estudios de medicina en el Universidad de Oslo, donde obtuvo su diploma en 1956, después estudió salud pública en la Universidad John Hopkins de Baltimore, en los Estados Unidos, en 1968-69 obteniendo un diploma de Salud Pública (Master of Public Health).

El Dr. Asvall ha tenido una formación de paludólogo de la OMS en Jamaica, en México y en Ecuador en 1959, llegando a ser el mismo año jefe del equipo de paludología de la OMS para Togo y Dahomey (Benin) en África del Oeste. Volvió a Noruega en 1963 y durante nueve años realizó, actividades clínicas en un hospital anticanceroso. Después ocupó varios puestos importantes en el Ministerio de Asuntos Sociales.

Volvió a tomar contacto con la OMS por intermedio de la Oficina Regional para Europa en Copenhague y llevó a cabo varias misiones para dicha Oficina Regional antes de incorporarse a ella en 1975 durante los 70, primero como funcionario regional para la planificación y evaluación sanitarias y a continuación como Director de la Gestión de los Programas, bajo la autoridad directa del Dr. Leo A. Kaprio, desde febrero de 1979.

Con motivo de la partida del Dr. Kaprio, el Consejo Ejecutivo recordó muy especialmente los 18 que pasó como Director Regional para Europa y expresó su profundo reconocimiento por la contribución inestimable que aportó a las actividades de la OMS.

El Consejo Ejecutivo de la OMS señala el papel primordial que juega el personal de enfermería en las atenciones primarias de salud. Comunicado OMS/2, 14 de enero de 1985.

La 75 sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, que se celebra actualmente en Ginebra, decidió, que el papel importante que el personal de enfermería puede y debe jugar en el movimiento de la Salud para Todos debería reflejarse en un texto especialmente publicado con este motivo.

Esta decisión fue tomada en el curso de un debate animado sobre "La formación de profesorado y enfermeros gestores, especialmente para las atenciones primarias de salud", un informe publicado en la *Serie de informes técnicos de la OMS* (n. 708). Los miembros del Consejo creen que este informe es muy útil y apoyarán todas las recomendaciones.

La cuestión abordada es la de la enseñanza de enfermería en general y la de reorientación del profesorado y del personal de gestión, o de los cuadros de enfermeros en particular. Si se quiere poner las atenciones de enfermería al servicio de la estrategia de la Salud para Todos, es importante que los miembros de esta profesión se comprometan más profundamente para aportar cambios y, en consecuencia, sostener la formación de los cuadros de enfermeros superiores que podrán convertirse en activistas del cambio y empujar a la acción. Estos cuadros superiores deben ser capaces de innovar y deben participar en la planificación y evaluación de los programas.

El nuevo papel que el personal de enfermería está llamado a jugar supone un cambio radical; será necesario hacer no sólo una utilización óptima de las competencias prácticas de esta profesión, sino también mejorar sus relaciones con el resto del personal de salud y las colectividades que tienen necesidad de sus atenciones.

El Consejo señaló igualmente que un comité de expertos de la OMS en servicios de enfermería se reunió en 1974 y, ya en este momento, había enumerado los cambios que había que añadir a la enseñanza de enfermería. Sin embargo según el presente informe, si las conclusiones del precedente comité de expertos hubieran sido más ampliamente aplicadas, el personal de enfermería habría sido la cabeza del movimiento de atenciones primarias de salud.

Al Consejo le ha parecido que las conclusiones y las recomendaciones de los comités de expertos de la OMS no han sido ampliamente difundidas o sencillamente no han sido difundidas a las personas interesadas en su propia lengua, o no han podido ser puestas en marcha a falta de una toma de conciencia por parte de los responsables.

El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS indicó en el curso de un debate, que es evidente que la profesión de enfermero está infinitamente

mejor dispuesta o cambiar que otros grupos profesionales. Señaló que, para practicar las atenciones primarias de salud, es necesario amar a su prójimo y que, a este respecto, los enfermeros y enfermeras representan un gran potencial. El Director General declaró que ha llegado el momento de movilizarlos más de lo que lo han sido hasta ahora "para hacer con ellos y con otros dirigentes del equipo de atenciones primarias de salud y de la Salud para Todos".

La Sra. I. BRUGGEMANN nombrada Directora del Programa de Coordinación exterior de la OMS. Comunicado OMS/3 16 de enero de 1985.

El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS ha nombrado a la Sra. D^a Ingar Brüggemann, Directora del Programa de Coordinación Exterior en la Sede de la OMS en Ginebra, a partir del 1 de enero de 1985.

Este programa tiene como fin el suscitar una colaboración activa en el seno del sistema de las Naciones Unidas y con las organizaciones intergubernamentales, no gubernamentales y benéficas, para apoyar a las estrategias de la Salud para Todos y de su contribución al desarrollo socio-económico. Colabora con los organismos bilaterales y multilaterales en la movilización de los recursos exteriores necesarios para las estrategias de la Salud para Todos de los países en desarrollo.

La Sra. Brüggemann, nació en Nordhorn, República Federal de Alemania, es titular de diplomas universitarios y postuniversitarios de ciencias sociales y políticas. En el curso de los años 60, trabajó varios años en la Fundación alemana de Cooperación Internacional en Bonn, que está estrechamente ligada al Ministerio Federal de Cooperación Económica. Después estuvo encargada del curso sobre los problemas del desarrollo en el Instituto de Ciencias Políticas de la Universidad de Aquisgran y emprendió investigaciones sobre el campo de la evaluación de las actividades de cooperación técnica tanto bilaterales como multilaterales.

La Sra. Brüggemann entró en la OMS en 1966. Participó estrechamente en la puesto a punto de la evaluación de programas de salud en los países y en la OMS incluso, en el marco de procesos de gestión más amplios. Fue durante varios años Secretaria de la Comisión A de la Asamblea Mundial de la Salud que tiene lugar todos los años.

Antes de ser nombrada Directora del Programa de Coordinación Exterior, la Sra. Brüggemann fué, durante siete años, Secretaria adjunta del Comité para el Programa Mundial de la OMS que es el órgano consultor más elevado del Secretariado del Director General.

Sequía y hambre en Africa. La OMS en todos los frentes. Comunicado OMS/4, 22 de enero de 1985.

En el curso de los doce últimos meses, la OMS ha suministrado cerca de 3,5 millones de dólares en ayuda urgente a 26 países de Africa, víctimas de la sequía y del hambre.

Dos tercios de esta cantidad han sido detraídos del presupuesto ordinario de la OMS, mientras que el resto proviene de otras fuentes entre las cuales se encuentra el Programa del Golfo Arabe para las organizaciones de desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND), la Comisión económica para Europa (CEE) y el Gobierno Canadiense.

Hechas públicas en la 75 sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS, reunido en Ginebra, estas cifras no se refieren sin embargo más que a la ayuda material directa, que no constituye lo esencial de la asistencia dispensada por la OMS en tales situaciones de urgencia.

En realidad, el papel principal de la OMS es el de ser el "brazo sanitario" de la familia de las Naciones Unidas, poniendo su experiencia a la disposición de los Estados Miembros así como a las organizaciones filiales y a otras organizaciones internacionales, y asegurando la coordinación en el plano internacional.

El Dr. Farouk Partow, Subdirector General de la OMS, dió numerosos detalles a los miembros del Consejo Ejecutivo cuando los programas de la OMS en Africa pasaron a la orden del día.

La situación critica sin precedentes por la que pasan actualmente numerosos países africanos ha incitado a la OMS a movilizarse, junto a otras organizaciones de la familia de las Naciones Unidas así como a otras organizaciones internacionales, para aportar una ayuda inmediata en el campo sanitario a los países más castigados por el hambre y la sequía.

Sin ser espectaculares, las intervenciones urgentes de la OMS no son por ello menos eficaces y pueden inscribirse en el marco de la sensibilidad humana especial de que la Organización ha dado siempre pruebas y que subyace en el conjunto de sus actividades.

El Dr. Partow indicó que la OMS está presente en todos los frentes de la sequía y del hambre, sobre todo en Etiopía, a donde envió un equipo técnico encargado de evaluar la amplitud de los recursos necesarios inmediatos a este país tan duramente castigado. La Organización tiene ya asegurados 600.000 dólares en existencias médicas para ese país en el curso del presente año.

El otro extremo de Africa, Mauritania y Malí han recibido igualmente una ayuda urgente para afrontar los problemas engendrados por la sequía y especialmente una epidemia de cólera.

En el Chad, 200.000 dólares fueron consagrados por la OMS para la restauración del servicio hospitalario y 43.000 dólares para la lucha contra las enfermedades diarreicas, mientras que Benin recibía con urgencia suministros para laboratorio. En cuanto a Mozambique se benefició en 1984 de una ayuda de cerca de 700.000 dólares en material sanitario y ha recibido de la OMS material para primeros auxilios por un importe de 20.000 dólares. Equipos de urgencia han sido enviados también a Swazilandia y al Zaire.

Una desgracia nunca viene sola

Aunque la malnutrición y las infecciones que ella favorece, constituyen las principales consecuencias de la sequía a ellas se suman con frecuencia las epidemias de cólera y de diarrea aguda, algunos países han sufrido además las ofensivas de la fiebre amarilla y de la meningitis cerebroespinal, sin hablar de los ciclones, los temblores de tierra y los movimientos masivos de refugiados.

La OMS ha dispensado una asistencia de urgencia contra el cólera y las enfermedades diarreicas bajo la forma de bolsitas conteniendo sales de rehidratación oral: 400.000 de estas bolsitas salvadoras han sido enviadas a Madagascar, 200.000 a Botswana y 100.000 a Níger. De una utilización muy simple, al alcance de todas las madres, esta mezcla puesta a punto por la OMS y la UNICEF permite salvar la vida de miles de niños que sufren diarrea aguda.

Por lo que se refiere a la fiebre amarilla 100.000 dosis de vacuna fueron suministradas a Benin, 600.000 a Burkina Faso, 200.000 a Camerún y 600.000 a Togo.

Angola, Burundi, Costa de Marfil, Ghana, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Santo Tomé y Príncipe y Zimbawe también se han beneficiado de una ayuda inmediata de la OMS para luchar contra el recrudecimiento de una u otra de estas enfermedades transmisibles. La OMS ha suministrado asimismo material médico y medicamentos a Somalia y Sudán respectivamente con 50.000 y 10.000 dólares.

El "brazo sanitario" de los socorros de urgencia

Otra de las intervenciones que la OMS ha aportado ha sido la de una contribución técnica eficaz para varios proyectos de lucha contra la malnutrición puesta en marcha por el Programa Alimentario Mundial (PAM). La OMS colabora igualmente con la Organización de Naciones Unidas para la

Alimentación (FAO) y el Banco Mundial con el fin de que sus programas en el campo de la nutrición tengan en cuenta los imperativos de salud pública. Se puede decir que la OMS constituye el "brazo sanitario" de estas operaciones conjuntas de socorro, en el marco de sistema de las Naciones Unidas.

Es conveniente igualmente citar un programa especial del apoyo en materia de nutrición puesto en marcha conjuntamente por la OMS y el UNICEF. Gracias a la generosa financiación suministrada por Italia, una suma de 85,3 millones de dólares escalonados en cinco años permitirá a 17 países elaborar programas nacionales a largo plazo en materia de nutrición. Ocho de estos países se encuentran en Africa, Etiopía, Malí, Mozambique, Somalia, Sudán y Tanzania.

El objetivo de este importante programa es el de reforzar la capacidad de las autoridades nacionales para resolver ellas mismas sus problemas alimentarios. Este enfoque, está, por otra parte, en la línea de las atenciones de salud primaria para poner en marcha la estrategia de las Salud para Todos adoptada unánimamente por todos los Estados Miembros de la OMS.

En el mismo orden de ideas, la OMS coopera con el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (IFAD), la Oficina del Coordinador de las Naciones Unidas para el socorro en caso de catástrofe (UNDRO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el seno del Fondo Belga para la Supervivencia que trata de consagrar a largo plazo unos 200 millones de dólares para la lucha contra el hambre y la malnutrición. Kenya, Uganda y Somalia están entre los primeros países que se benefician de la ayuda de este programa, que trata de reforzar la infraestructura sanitaria de que disponen.

El Dr. Partow señaló que aunque las actividades emprendidas conjuntamente con el UNICEF son numerosas, la política de la OMS no es la de hacer la competencia a esta organización en el campo de la recogida de fondos, sino más bien la de aconsejar en el plano técnico para que estos fondos sean utilizados de la forma más eficaz en interés de los Países Miembros.

La OMS colabora igualmente de forma estrecha con el Alto Comisariado de las Naciones Unidas para los refugiados (HAC) tanto si se trata de nombrar a los coordinadores sanitarios HCR/OMS sobre el terreno o de suministrar consejos técnicos con vistas al establecimiento de listas de medicamentos esenciales para utilizar en los campos de refugiados que acogen a las poblaciones desplazadas.

Presupuesto por Programas de 554.000.000 dólares USA para 1986-1987 recomendado por el Consejo de la OMS. Comunicado OMS/5, 22 de enero de 1985.

La 75 Sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS recomienda para el bienio 1986-1987 un presupuesto por programas de 554.000.000 dólares USA. Este proyecto será sometido a la aprobación de la 38 Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1985.

Esto representa un crecimiento del 6,52% en relación con el presupuesto aprobado para el periodo de 1984-1985. En el marco de un crecimiento cero en relación con 1984-1985 el proyecto presentado por el Dr. Haldan Mahler, Director General de la OMS, y aprobado por el Consejo Ejecutivo asegura sin embargo un crecimiento real del 4,2% para los Estados Miembros. Una disminución real equivalente interviene en los niveles regionales, inter-países y mundial.

Los gastos reglamentarios y la inflación han provocado un aumento del 12,66% que ha sido compensado con las reducciones de un 6,14% que han podido ser realizadas gracias al cambio favorable del dólar USA tanto en la Sede como en las Oficinas Regionales.

Los Miembros del Consejo Ejecutivo que votaron a favor del presupuesto por programas fueron 25, ninguno votó en contra, dos de ellos se abstuvieron y cuatro estaban ausentes.

En la presentación del proyecto del presupuesto programa al Consejo Ejecutivo, el Dr. Mahler lo describió como un "programa flexible, integrado en una estructura de gestión bien definida y sometido a un control presupuestario estricto". Añadió que para conseguir los objetivos fijados a pesar de la incertidumbre política y económica, será necesario poder emplear medidas radicales tanto en los países como en la OMS.

Poco antes de la votación, que se llevó a cabo en la sesión de la noche el lunes 21 de enero de 1985, A. Niels A. Boyer, de la Oficina para las Organizaciones internacionales del Departamento de Estado de Estados Unidos, declaró que el programa de la OMS merecía ser sostenido enérgicamente. M. Boyer felicitó igualmente a la OMS por su excelente gestión y su juiciosa política de inversiones, y añadió que ninguna institución de las Naciones Unidas ha conseguido su nivel de competencia en la materia.

El Dr. José M. Borgoño, Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales en el Ministerio de la Salud de Chile, ha declarado que el debate que acababa de realizarse sobre el presupuesto programa había sido el más dilatado, el más franco y el más abierto, al que él había asistido en la OMS.

Una nueva política para garantizar una utilización óptima de los recursos de la OMS. Comunicado OMS/6, 23 de enero de 1985.

Con el fin de garantizar una utilización óptima de los recursos limitados de la OMS a todos los niveles de las operaciones y en particular a escala de las regiones y de los países, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en su 75 sesión reunida en Ginebra, ha pedido a los Comités regionales que definan las políticas regionales del programa presupuestario que producirán un efecto en las políticas colectivas de la Organización.

En su introducción al programa presupuestario para el ejercicio 1986-87 el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, declaró que convenía abandonar lo más rápidamente posible el enfoque anticuado que suponen los proyectos financiados por diversos organismos y reemplazarlo por una forma de cooperación fundada en el desarrollo. Sería normal que los gobiernos asumieran la responsabilidad de la gestión de diversos programas nacionales de salud conforme a las políticas colectivas que han adoptado en el seno de la OMS. Los recursos de la Organización serán utilizados para ofrecer a los países un apoyo, principalmente para reforzar sus aptitudes de planificación y de gestión para consolidar sus infraestructuras con el fin de ejecutar los programas usando las tecnologías apropiadas.

Para poner en marcha estas nuevas disposiciones de gestión, será necesario que se efectúen, de manera permanente, exámenes conjuntos, Gobierno/OMS de las políticas y de los programas, lo que afectará naturalmente al papel de las Oficinas regionales. Estas llegarán a ser en cierto modo los centros de coordinación encargados de asegurar a los países de su región un apoyo coherente por parte de todos los niveles de la Organización.

En su análisis final, la responsabilidad de movilizar los recursos en favor de la salud y de hacer el uso más racional de ellos, pertenece a los gobiernos. El Consejo Ejecutivo cree que la OMS puede y debe ejercer su influencia sobre estos últimos para incitarles a que inviertan, de una forma juiciosa, en salud y que consagren a ésta todas las inversiones adicionales posibles.

Vacuna contra el paludismo: Ensayos a la vista. Informe de la situación, presentado al Consejo Ejecutivo de la OMS. Comunicado OMS/7, 23 de enero de 1985.

"Progresos científicos importantes" fueron realizados el pasado año en la puesta a punto de vacunas contra el paludismo y se podrá, probablemente, de aquí a dos años, proceder a una experiencia en el hombre. Dirigiéndose a la 75 sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS reunida en Ginebra, el Dr.

Adetokumbo O. Lucas, indicó, sin embargo, que queda mucho por hacer en el plano técnico, tanto en el laboratorio como sobre el terreno, antes de poder disponer de una vacuna para campañas masivas.

El Dr. Lucas, Director del Programa especial de Investigación y de Formación de las Enfermedades Tropicales, ha dicho que por otra parte, que sabía que varias iniciativas importantes habían sido diferidas por razones financieras. Se teme que la puesta a punto de las vacunas será retardada, al menos en parte, debido a las dificultades financieras.

El Programa especial está patrocinado conjuntamente por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la OMS, que es el agente de ejecución.

El Dr. Lucas anunció que varios antígenos importantes han sido identificados, y actualmente se están ocupando en definir las estructuras. Fragmentos de antígenos biológicamente activos están en período de síntesis. Se producen antígenos potenciales recurriendo a las técnicas de manipulación genética, a la síntesis de los polipéptidos y al acoplamiento de ciertos genes del parásito del paludismo en el virus de la vacuna.

En cuanto se refiere a saber cuando se podrá disponer de tal vacuna, el Dr. Lucas dijo que la única respuesta realista es la de que se podrá proceder, de aquí a dos años, a experimentar en el hombre. Pero, añadió, la experimentación de vacunas potenciales en el hombre y la generalización de las vacunas son dos cosas distintas. "Se han realizado progresos apreciables, pero queda todavía mucho que hacer en el plano técnico, tanto en el laboratorio como sobre el terreno antes de poder disponer de una vacuna lista para emplear".

Declaró en el Consejo Ejecutivo que los responsables de la industria parecen muy interesados en la puesta a punto de una vacuna. Varias empresas farmacéuticas participan en las investigaciones, lo que debe acelerar los progresos.

El paludismo es una enfermedad debilitante muy extendida, que afecta especialmente a las regiones rurales de los países tropicales y que constituye una causa frecuente de fallecimiento, sobre todo en los niños. Es provocada por un parásito que circula en la sangre y que se transmite de una persona a otra por la picadura de un mosquito. Durante los años 60 se pensó en poder realmente erradicar la enfermedad. Pero mientras tanto, el parásito y también el mosquito manifestaron, en varias ocasiones una resistencia a cada una de las sustancias químicas utilizadas contra ellos.

En 1982, se registraron 6,5 millones de casos, confirmados, de paludismo. Esta cifra sin embargo no comprende al Africa Tropical, en donde la confirmación en laboratorio de los casos clínicos está muy limitada y en donde la notificación es en consecuencia insuficiente. De hecho, la mayoría de los

clínicos de paludismo no se notifican. Se calcula en 90 millones el número de casos clínicos de paludismo en 1982 en todo el mundo.

El principio de los años 80 quedará caracterizado por la degradación general de la situación epidemiológica, que fue la tendencia dominante durante la década precedente. Ninguna disminución de la mortalidad y de la morbilidad debidas al paludismo es posible sin esfuerzos nacionales intensos, sostenidos por una acción ponderada de la OMS a nivel regional y mundial y de los progresos decisivos en la investigación científica.

Año Internacional de la Juventud "Salud Mundial" abre sus páginas a los jóvenes. Comunicado OMS/8, 7 de febrero de 1985.

¡Dios mío! dános más dinero, más enfermeras, para ocuparse de los ancianos, de los enfermos y de los desamparados. ¿Me oyes?. Esta llamada desesperada es lanzada por Thelma Chesterton, 19 años, que describe para *Salud Mundial* su experiencia en un hospital de geriatría del Reino Unido. El número de enero-febrero de la revista oficial ilustrada de la OMS se publica con motivo del Día Mundial de la Salud (7 de abril) cuyo tema para 1985 es el Año Internacional de la Juventud, con el lema: "Una juventud sana: nuestro mejor logro". Varios jóvenes de menos de 25 años fueron invitados a expresar su opinión sobre la salud, la participación comunitaria y el desarrollo.

Brendon Talbott, 16 años, Ursula King, 17 años y David Woodbridge, 20 años han llegado muy pronto a plantearse problemas sobre su salud porque están disminuidos físicos; ellos hablan con entusiasmo de su amor por el deporte y de sus éxitos en este campo.

Joel Perrusquia Ruiz, 21 años, describe la participación activa de los jóvenes en los esfuerzos realizados por el Gobierno de México para atender a los 14 millones de personas que, en ese país, no tienen todavía acceso a los servicios de salud.

Lisa Cabrera, filipina de 24 años y voluntaria de las Naciones Unidas describe su participación en las atenciones primarias de salud en Sri Lanka. En cuanto a Julia Ridgely, 22 años, describe las actividades de un centro de orientación creado en El Paso, en el sur de Estados Unidos, para los estudiantes no integrados en el sistema convencional de educación. Ella muestra que la educación en planificación familiar permite evitar, no solamente los embarazos no deseados que podrían interrumpir una carrera profesional sino también establece las bases de un enfoque sano de la salud para toda la vida.

Fatima Tall, 24 años, muestra como jóvenes emigrados de las zonas rurales de Senegal llegan a Dakar, encuentran la esperanza de un organismo de

desarrollo comunitario creado para encontrarles un empleo y ayudarles a desarrollar su creatividad. Es por esta razón, por la que algunos pueden iniciarse en el cultivo de hortalizas, que les será muy útil a su vuelta a su pueblo de origen, y que las mujeres jóvenes descubran la importancia de tener una profesión: como dice un proverbio africano "el primer marido es el trabajo".

Otros artículos de este número de *Salud Mundial* describen la participación de los jóvenes en las atenciones de salud primaria, sobre todo en China y en la India, y abordan temas importantes como las fuentes de información a las que los jóvenes tienen acceso en lo que se refiere a la salud, las drogas o el alcohol.

Anfetaminas, barbitúricos, sedantes y tranquilizantes se consumen en la mayoría de los países y su abuso, separada o conjuntamente, aumenta en todo el mundo en función de la oferta creciente que se observa en los mercados lícitos o ilícitos.

El cannabis se consume en el mundo entero, pero afecta especialmente a dos grupos de personas: los fumadores adultos de las zonas rurales de África, de Asia y de Oriente Medio, así como a los jóvenes de las zonas urbanas y semiurbanas de África, de las Américas, de Europa y del Pacífico Occidental. Además del consumo tradicional del cannabis, la utilización de sustancias psicotropas tiende, desde hace poco, a aumentar en África.

El abuso del opio en bruto se limita a algunos países del Oriente Medio, de Asia del Sureste y del Pacífico Occidental, sobre todo en las regiones del cultivo de la adormidera. El consumo de heroína extraída del opio, aumenta en las ciudades y entre los jóvenes de estas regiones. Se propaga igualmente en los países europeos. En América del Norte, la adicción a la heroína parece haberse establecido, aunque sigue siendo un problema grave.

Examinando las estadísticas mundiales relativas a la droga, los expertos de la OMS han resaltado la dificultad de obtener los datos precisos. Como el abuso de las drogas es una actividad ilegal y difícil de vigilar con precisión, la mayor parte de los países suministran cifras que no revelan más que la "parte visible del iceberg" mientras que muchos otros no comunican ninguna estadística.

Los participantes a esta reunión consultiva han señalado igualmente la necesidad de formar, a todos los niveles, a agentes de salud para la prevención y el tratamiento de la fármaco-dependencia. Un proyecto común de la OMS/OIT de lucha contra el abuso de las drogas y del alcohol en los lugares de trabajo está actualmente en curso de preparación.

Los expertos han puesto el acento sobre la importancia del crecimiento de las actividades emprendidas por la OMS para hacer frente a sus obligaciones frente a los tratados internacionales en materia de drogas. En este sentido un comité de expertos de la OMS se reunirá en abril para examinar el caso de 28 anfetaminas que no están bajo control internacional.

El Dr. JO EIRIK ASVALL, nombrado Director Regional para Europa de la OMS. Prensa. Comunicado de Prensa EURO 1/85, 8233 L. Copenhague, 11 de enero de 1985.

El Dr. Jo Eirik Asvall, fue nombrado Director Regional para Europa de la OMS. Su nombramiento se hizo en la sesión de este día del Consejo Ejecutivo reunido en Ginebra para su 75 sesión. El Dr. Asvall sucederá, a partir del 1 de febrero de 1985 al Dr. Leo Kaprio, que se jubila después de haber ocupado el cargo de Director Regional desde 1967.

Como Director de Gestión de los programas de la Región Europea de la OMS desde 1979, el Dr. Asvall es uno de los artesanos de la estrategia regional de la Salud para Todos en el año 2.000. Una de sus principales funciones consistirá en orientar las actividades de la OMS para la puesta en marcha de los 38 puntos específicos, adoptados en apoyo de la estrategia, en la 34 sesión del Comité Regional de Europa, celebrada en Copenhague del 24 al 29 de septiembre de 1984.

La Región Europea de la OMS comprende 32 Estados Miembros. La Oficina Regional de la OMS, en Copenhague emplea a 245 funcionarios, y su presupuesto bianual se eleva a 45 millones de dólares aproximadamente.

Biografía del Dr. Asvall.

El Dr. Jo Eirik Asvall, que ocupará las funciones de director para la región europea de la OMS el 1 de febrero de 1985, nació en Drammen (Noruega) el 24 de junio de 1931. Obtuvo su diploma de doctor en Medicina en la Universidad de Oslo en 1956, estudió Salud Pública en la Universidad de John Hopkins en Baltimore (Estados Unidos) en 1968 y 1969, y fueron refrendados estos estudios con el diploma de Master of Public Health.

Después de haber obtenido su diploma de médico en 1956, el Dr. Asvall cumplió su servicio militar obligatorio en calidad de investigador en el Real Instituto Noruego de Medicina del Aire en Oslo. El Dr. Asvall fue nombrado a continuación médico-adjunto de salud pública, en Vikna, pequeña comunidad de pescadores del Norte de Noruega en donde estuvo encargado de las atenciones primarias de salud, el nuevo director regional trabajó también durante algún tiempo en el hospital de Troms.

Los rápidos progresos en la campaña de erradicación de paludismo emprendidos por la OMS a fines de los años 50 han dado al Dr. Asvall la ocasión de recibir en 1959 una formación de paludólogo de la OMS en Jamaica, Méjico y Ecuador.

En el curso de este mismo año, tomó la dirección del equipo de paludología para Togo y Dhomey (Benin) y fue encargado por la OMS de dos campañas nacionales de lucha antipalúdica. En 1960, la OMS decidió preparar la expansión de la campaña mundial de erradicación del paludismo para englobar África y estos dos proyectos (así como otros, en actividad en Ghana y Nigeria) fueron reorganizados, para servir de base a la acción dirigida por la OMS sobre el continente africano.

En 1963, el Dr. Asvall, de vuelta a Noruega, emprendió actividades clínicas en el Hospital Noruego de Radium, hospital universitario anticanceroso, dotado de un importante instituto de investigación sobre el cáncer y de un registro nacional de quimioterapia del cáncer. Hasta 1970, el Dr. Asvall se consagró a la radioterapia y a la quimioterapia del cáncer (incluyendo un período que pasó en el Instituto de investigación del cáncer).

Además de sus actividades clínicas, el Dr. Asvall se consagró cada vez más a las actividades de gestión clínica y de administración de los hospitales, ocupando durante varios años la presidencia del comité de nacionalización de los hospitales y trabajando en el desarrollo de las aplicaciones de la informática con fines clínicos y de gestión. En esta época, participó en una misión en los Estados Unidos para estudiar los sistemas informáticos en medicina. A continuación como miembro del comité encargado de planificar la reorganización total y la modernización del hospital anticanceroso en 1968, el Dr. Asvall realizó un estudio sobre las unidades estériles de tratamiento intensivo de las leucemias, que le impulsó a visitar los principales institutos de investigación sobre el cáncer en los Estados Unidos de América.

En 1968, fue encargado por el Director General de los Servicios de Salud para redactar un libro blanco sobre las políticas de lucha anticancerosa en Noruega y en 1971 fue llamado por el Ministerio de Asuntos Sociales en calidad de consultante para el departamento Hospitalario. Dos años más tarde tomaba la dirección de este Servicio que conservó hasta 1976.

Fue en esta época cuando Noruega emprendió su primer conjunto de medidas de planificación hospitalaria. Por su experiencia, el Dr. Asvall llegó a ser el principal inspirador y autor de un libro blanco del gobierno (adoptado por el Parlamento en 1975), proponiendo una reorganización de los servicios de salud de Noruega. El libro blanco preconizaba un sistema de regionalización de atenciones de salud, trazaba las grandes líneas de un nuevo sistema de planificación sanitaria, proponiendo una estructura consultiva destinada a establecer las relaciones entre profesionales de la salud y planificación de la salud pública.

Simultáneamente, el Dr. Asvall participaba en las actividades de varios comités nacionales, el Consejo Nacional de Hospitales, el Consejo de

Administración del Instituto Noruego de Investigación Hospitalaria y el Consejo Científico Noruego para la utilización informática médica. El Dr. Asvall era entonces presidente del Consejo encargado de los Registros Nacionales del Cáncer y durante varios años, presidió igualmente los destinos del Comité Nacional para el desarrollo de los sistemas de información sanitaria; también participó en la redacción de una obra sobre los servicios anticancerosos de Noruega.

El Dr. Asvall volvía a tomar contacto con la OMS en el curso de este período, por intermedio de la Oficina Regional de Europa de Copenhague. Desde el principio de los años 70, realizó varias misiones de corta duración, por cuenta de la Oficina Regional, en el campo de la lucha contra el cáncer y de la evaluación de los programas sanitarios. Fue igualmente miembro de la delegación noruega en la Asamblea Mundial de la Salud y obtuvo en 1975, una beca de la OMS para estudiar la planificación sanitaria de la URSS.

En diciembre de 1976, el Dr. Asvall fue contratado para la Oficina Regional de Europa en calidad de funcionario regional para la planificación y evaluación sanitaria, en el seno del servicio de las atenciones de salud completas. En junio de 1978, la unidad, sin embargo llamada "de la programación sanitaria por países", se situó bajo la responsabilidad directa del Director de Gestión de los programas, cuyo puesto ocupó el Dr. Asvall a partir de febrero de 1979.

El Doctor Jean-Paul Jardel nombrado director de la gestión de los programas de la Oficina Regional de la OMS para Europa. Comunicado de prensa EURO/02/85, Copenhague, 1 de febrero de 1985.

El Dr. Jean-Paul Jardel fue nombrado hoy director de la Gestión de Programas en la Oficina Regional de la OMS para Europa en Copenhague. Sucede en este puesto al Dr. Asvall, que toma posesión hoy mismo de la dirección de la Oficina Regional.

En sus nuevas funciones, el Dr. Jardel asumirá la responsabilidad del conjunto de programas desarrollados por la Oficina Regional y reemplazará al Director Regional en su ausencia.

La región europea de la OMS comprende 32 Estados Miembros. La Oficina Regional de la OMS en Copenhague emplea a 245 funcionarios y su presupuesto bienal asciende a 45 millones de dólares.

El Dr. Jardel entrará en funciones el 1 de abril de 1985.

Biografía del Dr. Jardel

De nacionalidad francesa, el Dr. Jardel nació en Toul, el 12 de febrero de 1936.

Desde 1955 a 1961 realizó sus estudios en la Escuela del Servicio de Salud Militar en Lyon donde obtuvo su diploma de doctor en medicina. Después de un periodo pasado en los servicios de Salud Pública de Argelia en 1961 y 1962, siguió los cursos de la Escuela Nacional de Salud Pública en Rennes donde obtuvo el diploma de Salud Pública. El mismo año recibió el certificado de estudios especiales de higiene y de acción sanitaria y social.

Hasta 1970, enseñó bioestadística y epidemiología en la Escuela Nacional de Salud Pública en Rennes.

Desde 1966 pueden fecharse sus actividades en la OMS. Primero efectúa misiones temporales en numerosos países de Africa, luego en 1971 es el responsable de un programa de estadísticas sanitarias interpaíses en Cotonou (Benin).

En 1972, el Dr. Jardel fue nombrado director en la Oficina Regional de la OMS para Africa responsable de la unidad de desarrollo y evaluación de programas. En 1980, se hace cargo del sector de epidemiología y del apoyo informático en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague.

Durante toda su carrera consagra una parte de su tiempo a la enseñanza de los futuros médicos y de los profesionales de la salud.

Todos los que le rodean reconocen que el Dr. Jardel tiene grandes cualidades humanas. Su sentido de la organización, su entusiasmo y su humor le ayudan sin ninguna duda, a ampliar la importante misión que se le ha confiado.

LIBROS

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. J. y VAN DER WERFF, A. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. Pautas para una política. Cuadernos de Salud Pública n. 77.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1984, ISBN 92 4 330077 6, 190 págs. Precio: 11 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Pese a lo mucho que han progresado las ciencias y las técnicas sanitarias, el estado de la salud de la mayoría de los habitantes del mundo sigue siendo malo, lo que estorba el desarrollo humano en general, la capacidad de cada individuo de sacar provecho de todas sus posibilidades de vida productiva, y el derecho humano de vivir y morir con dignidad.

En 1973, el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, después de un detenido análisis de la situación mundial (60) llegó a la conclusión de que en muchos países los servicios de salud no estaban a la altura necesaria para alcanzar su objetivo de mejorar la salud de la población. Amplios sectores de la población seguían teniendo sólo un acceso limitado a los servicios de salud, cuando lo tenían. Los servicios disponibles se prestaban con frecuencia de acuerdo con un concepto estrecho—principalmente curativo— de forma aislada, denominada por eufemismo "sistemas de asistencia médica". La insistencia en unos servicios de asistencia médica muy técnicos y centralizados, a menudo sin relación con las necesidades de la población y a la situación real de cada lugar, empeoraba aún más la situación. Con demasiada frecuencia se descuidaban las relaciones con otros sectores que contribuyen al bienestar humano y con los otros recursos de la comunidad. Había una falta de equilibrio entre las actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación y asistencia medicosocial. Era en la comunidad donde los servicios de salud solían estar menos disponibles, y era allí donde más se necesitaban. Consecuencia de todo ello era que los sistemas nacionales de servicios de salud, tanto de los países desarrollados como de los que estaban en desarrollo, habían de afrontar dos problemas principales: una eficacia escasa y aumento acelerado de los costos.

No es por lo tanto sorprendente que en el mundo entero se dedicara atención preferente al hallazgo de soluciones a esos problemas. En no pocos países, los debates habidos en el seno del gobierno y del parlamento y entre el público en general indicaban sin lugar a dudas un descontento cada vez mayor ante el estado de salud y de los servicios sanitarios. En el plano internacional, había habido discusiones similares no sólo en las organizaciones sanitarias, como en la OMS, sino también en otros organismos internacionales en que estaban representados todos los matices de orientación social, económica y política. Muchas organizaciones internacionales no gubernamentales habían tratado asimismo de las posibles formas de conseguir que los sistemas de servicios de salud correspondieran mejor a las necesidades de los pueblos y a cada realidad económicasocial. Todos los foros mencionados parecieron llegar a idéntica conclusión, a saber que el establecimiento de sistemas nacionales de salud completos no sólo concierne al sector de la salud, en el sentido clásico, y a sus distintos servicios, sino también a los demás sectores del desarrollo económicasocial. Se ha admitido que para mejorar la salud de la población es imprescindible una firme voluntad política, los esfuerzos coordinados del sector salud y sectores afines y una participación consciente de la comunidad.

Este enfoque global del desarrollo de los sistemas nacionales de salud ha sido después reforzado por tres sucesos esenciales:

- 1) La adopción por la 30 Asamblea Mundial de la Salud en 1977 del concepto de "Salud para todos en el año 2.000" como meta común de la OMS y de todos los Estados Miembros (resolución WHA 30, 43).
- 2) La formulación en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, celebrada en 1978, del concepto de atención primaria de salud como estrategia principal para conseguir la "Salud para todos".
- 3) La adopción por la 34 Asamblea Mundial de la Salud de 1981 de la "Estrategia mundial de salud para todos en el año 2.000" (resolución WHA 34, 36).

Los dos primeros conceptos significaban que debería haber una distribución equitativa entre las poblaciones de los recursos sanitarios disponibles, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, y que todos los individuos y familias deberían tener acceso a una asistencia de salud esencial de una forma aceptable para ellos a un coste que pudieran soportar, y con su plena participación, a fin de que todos los ciudadanos del mundo tengan ocasión de alcanzar en el año 2.000 un nivel de salud, que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

La estrategia mundial indicaba explícitamente que el logro de la salud para todos requeriría una reorientación adecuada de los sistemas nacionales de salud de forma que cada uno de ellos pueda establecer una infraestructura orgánica apropiada y basada en la atención primaria de salud. Semejante reorientación habría de estar inspirada en una preocupación fundamental por la equidad, la responsabilidad social y los derechos humanos. Al mismo tiempo, parece evidente que la reorientación de los sistemas nacionales de salud exigiría unos conocimientos bastante simples, pero científicamente válidos y bien ordenados por parte de los responsables de la elaboración y

organización del sistema a escala nacional. Estos conocimientos habrían de abarcar los componentes básicos del sistema de salud, sus relaciones estructurales y funcionales, las condiciones, políticas y económicas que condicionan su desarrollo, y los posibles mecanismos necesarios para poner y mantener en marcha los "procesos de reorientación" encaminados a los cambios apetecidos.

Gracias a la investigación y a la experiencia, se ha reunido sin duda un rico acervo de información acerca de los aspectos mencionados de los sistemas nacionales de salud. Estos conocimientos se han organizado más a fondo en varias series de "normas fundamentales" que permiten fijar el rumbo hacia la meta de salud para todos en el año 2.000 (71, 72, 73-76). No obstante, los conocimientos a este respecto están en la actualidad excesivamente dispersos, y a menudo son demasiado abstractos para que puedan ser de utilidad directa a quienes han de tomar decisiones nacionales. Por este motivo, se ha preparado el presente trabajo, con ánimo de dar una orientación práctica a quienes participan directamente en el diseño y la organización de sistemas nacionales de salud basados en la atención primaria de salud. El libro se divide en tres partes:

- 1) Descripción de un sistema de salud, en la que se clasifican de la forma más sencilla posible los actuales sistemas de salud y sus formas de organización, a fin de que los encargados de tomar decisiones en el plano nacional puedan definir fácilmente las características de sus propios sistemas de salud en comparación con otros y optar por los cambios deseables.
- 2) Estrategias para la reorientación de un sistema nacional de salud, que son fruto de una visión global, y ofrecen distintos modelos para la adaptación de diversos sistemas nacionales de salud y de sus componentes orgánicos al concepto de la salud para todos.
- 3) Ejecución de la reorientación, consistente en un examen de los requisitos fundamentales para poner y mantener en marcha los procesos de reorientación de los sistemas nacionales de salud encaminados a conseguir los cambios apetecidos frente a las limitaciones y en relación con las oportunidades locales.

TAYLOR, C. E. *Aplicaciones de la investigación sobre sistemas de salud*. Cuadernos de Salud Pública nº78. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1984, ISBN 92 4 330078 4, 70 págs. Precio: 7 frs. suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

La investigación de las fuentes, organización y resultados de la atención de salud ha llegado a ser importante y urgente. El Comité Consultivo de Investigaciones Médicas (CCIM) mundial de la OMS y los seis Comités Consultivos de Investigaciones Médicas regionales de la OMS han concedido gran prioridad a este tipo de investigaciones. Varios países han establecido instituciones u organismos nuevos para encaminar fondos de investigación y esfuerzos científicos hacia los estudios directamente relacionados con las formas de mejorar la atención de salud.

Las investigaciones sobre sistemas de salud deben estar tan estrechamente vinculadas a la realidad del terreno que sus resultados se puedan aplicar directamente y con rapidez. Dentro de los esfuerzos que se están realizando en el mundo entero para fomentar la atención primaria de salud, se ha reconocido que es especialmente necesario encontrar una forma simplificada y práctica de resolver problemas que contribuya a facilitar la comprensión general de los procesos intermedios entre la investigación y la ejecución. Sin embargo, no puede esperarse que un proceso así surja espontáneamente y no es infrecuente descubrir que para encontrar los modos de acción sencillos y prácticos es necesario contar con los mejores científicos que trabajen en cooperación con los servicios ordinarios de salud.

Para ilustrar las aplicaciones de la investigación sobre sistemas de salud, en esta publicación se presentan diversos métodos de investigación, cada uno de los cuales tiene sus ventajas en determinadas circunstancias. Se trata sobre todo de que se comprendan mejor todas las posibilidades metodológicas generales para una mejor elección de los métodos apropiados de investigación, así como de fomentar la realización de las investigaciones que se pueden realizar en cualquier medio laboral.

El que se haya cambiado de terminología y se haya pasado de investigación sobre servicios de salud a investigación sobre sistemas de salud obedece a una consideración de extrema importancia. Las primeras actividades investigadoras en materia de atención de salud se dedicaron a los problemas con que tropezaban los servicios gubernamentales de salud. A medida que fue apareciendo que la salud depende en gran parte de variables ajenas a los servicios de salud, se hizo necesario estudiar el sistema de salud como un conjunto. Pueden hallarse variables causantes de problemas de salud en el modo de vida o en el ambiente social y físico. La atención primaria de salud depende en especial de un enfoque basado en la comunidad y es frecuente que las mejores soluciones se hayan de aplicar a través de otros sectores del desarrollo. Una función importante de los trabajadores de salud consiste en aumentar la capacidad de la gente y de las comunidades para resolver sus propios problemas, fomentando la autosuficiencia y no la dependencia.

La mayor parte de la investigación sobre servicios de salud se ha realizado en países desarrollados con servicios sanitarios bien establecidos. Se ha tratado sobre todo de mejorar el funcionamiento de los hospitales y de perfeccionar procedimientos como la garantía de calidad o la contención de costos. Pero como las necesidades en materia de investigación sobre sistemas de salud en el mundo en desarrollo son muy superiores, el presente volumen va a dedicarse sobre todo a la atención primaria de salud en países pobres, con una serie de ejemplos procedentes de fuentes comunitarias, regionales y nacionales. Para ilustrar las aplicaciones a sistemas de salud más avanzados, se incluye asimismo un pequeño número de ejemplos de programas en hospitales.

En la determinación de quién debe iniciar la elección de los problemas de los que va a ocuparse la investigación biomédica se ha producido un cambio muy importante. No debe suponerse que las ideas creadoras van a proceder únicamente de la inspiración y de las investigaciones de especialistas científicos que trabajan por su propia cuenta, y que obtienen resultados que después se ponen en manos de los oficiales de salud para que éstos los apliquen. Hoy en día se ha puesto de manifiesto que es

necesario establecer un nuevo tipo de cooperación entre los que realizan los estudios y los que utilizan los resultados. Ambos deben intervenir en la elección del área de investigaciones, en la realización de éstas y en la interpretación de los resultados.

A causa de las grandes limitaciones existentes en la capacidad de investigación y en los recursos dedicados a estas actividades, sobre todo en los países en desarrollo, será preciso que todos los estudios se concentren en problemas cotidianos y de gran prioridad determinados a partir de la experiencia en el terreno. En lo que respecta a gran número de problemas prioritarios ya existen conocimientos científicos válidos y en esos casos podría aplicarse dentro de la cultura local y con los recursos limitados existentes. Cuando no puede encontrarse una solución científica fácil para los problemas prioritarios, entonces las investigaciones habrán de volverse hacia los estudios clínicos y de laboratorio. Cada vez se va reconociendo más la necesidad de que las investigaciones y sus hallazgos circulen con facilidad, para un mayor estímulo y mejor apoyo de todo el mundo, entre los que se dedican a los estudios en el terreno, en la clínica y en el laboratorio.

En la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, se advirtió que el éxito de las medidas que se adopten dependerá en gran parte de que las investigaciones sobre sistemas de salud den resultados que permitan aplicar los principios generales a las realidades locales. Desde entonces, en los planes nacionales de acción formulados en más de 140 países se han puesto de manifiesto gran número de progresos en lo referente a políticas, compromiso político y planificación. La OMS ha trabajado con los Estados Miembros en el desarrollo de una estrategia mundial y estrategias regionales. La documentación básica para los distintos elementos componentes de lo que hoy en día se denomina el "proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud" proporciona un marco conceptual dentro del cual entra con facilidad la investigación de sistemas de salud.

SISTEMA MUNDIAL DE VIGILANCIA DEL MEDIO AMBIENTE. *La contaminación atmosférica urbana 1973-1980.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1984, ISBN 92 4 356082 4, 98 págs. Precio: 11 frs. suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

A raíz de las Conferencias de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano, celebradas en Estocolmo en 1972, la Organización Mundial de la Salud estableció un programa mundial de vigilancia del medio ambiente en relación con la salud. Ese programa comprende proyectos relativos al aire, el agua, los alimentos y las condiciones biológicas, que son parte del Sistema Mundial de Vigilancia del Medio Ambiente (SIMUVIMA) del PNUMA.

El proyecto mundial de vigilancia de la calidad del aire se realiza en colaboración con muchos Estados Miembros y comprende cooperación técnica para determinaciones de la contaminación atmosférica e intercambio de información.

El proyecto tiene por objeto vigilar y valorar la calidad del aire en el medio urbano y mejorar el nivel general de salud pública; los resultados se resumen en informes bienales.

La presente publicación representa en cambio, un primer intento de análisis completo e interpretación de los datos obtenidos hasta 1980 sobre la contaminación atmosférica urbana. Se trata de informar a las altas autoridades y a la comunidad científica sobre la concentración en la atmósfera de los dos contaminantes más asociados con el uso de combustibles fósiles: a saber, el anhídrido sulfuroso y las partículas en suspensión. Se han hecho análisis lo más completos posibles para que el lector comprenda mejor los factores subyacentes de los fenómenos observados a escala mundial.

Las dos primeras secciones contienen información general sobre el proyecto de vigilancia mundial y sobre los datos disponibles cuando se preparó este informe. En las otras cuatro secciones se describen los resultados de los análisis, con estudios estadísticos detallados de todos los datos, así como de las condiciones imperantes en algunas zonas urbanas. Las comparaciones con los límites de exposición propuestos por la OMS y el análisis de las tendencias proporcionan una visión de conjunto de los rasgos más comunes, de la contaminación atmosférica en muchas ciudades y, en ese sentido, tratan de ofrecer un cuadro de la situación mundial. La última parte del informe contiene un resumen y las conclusiones. En los anexos figuran los detalles de los métodos de medición, los procedimientos de garantía de la calidad y una recapitulación completa de los datos.

EVALUACION DE LA EXPOSICION A LAS PARTICULAS ATMOSFERICAS EN LOS AMBIENTES DE TRABAJO. OMS, Publicación Offset n° 80, Ginebra 1984. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Entre los peligros que suponen los procesos industriales para la salud humana, la exposición al polvo y otras partículas en suspensión en el aire reviste una especial importancia porque se trata de elementos casi constantes en los ambientes de trabajo cuyos efectos nocivos son con frecuencia insidiosos. Para poder instaurar medidas eficaces que traten de prevenir o reducir al mínimo los atentados a la salud del personal, es esencial conocer la concentración de sustancias nocivas en los ambientes profesionales, sus propiedades físico-químicas y sus formas de acción biológica.

El presente trabajo forma parte de una serie de obras de orientación publicadas por la OMS sobre temas propios de la higiene profesional. Un avance del proyecto fue elaborado por los participantes en una reunión organizada por la OMS en noviembre de 1979 y el texto se hizo definitivo después de una consulta que tuvo lugar en Alejandría (Egipto) del 22 al 25 de septiembre y a la Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental.

La primera parte está consagrada a las propiedades de las partículas atmosféricas y a sus efectos sobre el organismo humano. Viene a continuación una exposición de las razones que presiden la elección del tipo de muestras "partículas inhalables", insistiendo sobre sus relaciones con los posibles efectos no deseados para la salud que derivan de su inhalación. Los principios de la recogida de las partículas se examinan

a continuación, así como los instrumentos actualmente utilizados, y las precisiones que facilitan algunos métodos especiales.

La presente obra trata principalmente de informar y guiar al personal que participa en la planificación y la ejecución de los programas de higiene profesional y ayudar a los técnicos encargados del muestreo y análisis de las partículas atmosféricas en los lugares de trabajo a elegir el método que conviene más en cada situación. Igualmente se formulan sugerencias para el análisis y la interpretación de los datos. Se puede pensar que las indicaciones expresadas en esta obra contribuirán a mejorar los programas y a normalizar los métodos empleados para evaluar la contaminación del ambiente profesional por las partículas atmosféricas.

El Arsénico: Criterios de higiene del medio ambiente. 18. Documentos publicados por OMS, OIT y PNOE, ISBN 92-4-254018-1 OMS, Ginebra 1983, 20 frs. suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

El Grupo de Trabajo de la OMS sobre criterios de higiene del medio ambiente para el arsénico se reunió en Estocolmo desde el 28 de enero al 1 de febrero de 1980. La reunión fue abierta, en nombre del Director General por el Sr. G. Ozolins, Director Adjunto de la Unidad de Criterios y Normas de higiene del medio ambiente. El grupo de trabajo procedió al estudio y revisión del arsénico y a una evaluación de los peligros que representa para la salud la exposición al arsénico y a sus compuestos.

Los trabajos de la reunión se desarrollaron en el marco de dos sub-grupos, el primero (sub-grupo 1) que estudió los aspectos químicos y ambientales, así como el metabolismo y el segundo (sub-grupo 2) a otros efectos. Las observaciones formuladas por los dos subgrupos fueron motivo de un debate en sesión plenaria, y las conclusiones fueron redactadas para el conjunto del grupo.

El ante-proyecto de las partes del documento consagradas a los aspectos bioquímicos fue redactado en el Centro Colaborador OMS para los efectos sanitarios asociados al medio ambiente, instalado en los Servicios de Higiene del Medio Ambiente del Instituto Karolinska y del Consejo Nacional sueco de la protección del medio ambiente (Estocolmo, Suecia). Los principales responsables de la preparación de este ante-proyecto fueron G. Pershagen y Mme. M. Vahter. Hubo discusiones con un grupo encargado de preparar un informe sobre el arsénico por cuenta de la Dirección de la Salud y Seguridad de la Comisión de Comunidades Europeas (Luxemburgo) y el proyecto fue revisado y corregido después de una reunión consultiva organizada por la OMS en el Instituto Karolinska, Estocolmo, del 4 al 6 de octubre de 1978.

Un segundo ante-proyecto fue enviado a distintos puntos nacionales, responsables de los documentos aparecidos en la serie Criterios del medio ambiente, comportaba secciones relativas a los aspectos químicos y ambientales del arsénico, redactados por R. S. Braman, Departamento de Química, Universidad del Sur de Florida, Tampa, E.E.U.U.

El proyecto definitivo fue redactado por R. S. Braman y G. Pershagen teniendo en cuenta las observaciones recibidas por un lado de los puntos focales nacionales de distintos países: Rep. Federal de Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Chile, E.E.U.U., Finlandia, Grecia, Japón, México, Nueva Zelanda, Polonia y Reino Unido, así como la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y de ASARCO.

El presente documento se elaboró desde el punto de vista científico por G. Pershagen y Mme. M. Vahter y fué revisado por V.B. Vouk, principalmente basándose en publicaciones originales enumeradas en la bibliografía. Sin embargo, algunas preparaciones muy completas referentes a los efectos del arsénico en la salud se han aprovechado, las de Fowler (1977), de las NAS (1977), del CIRC (1973, 1980) y de Pershagen & Vahter (1979).

Dos aspectos fueron excluidos de este documento: el posible papel del arsénico como elemento esencial y los efectos de la arsina.

Se encontrarán precisiones sobre el Programa OMS de Criterios de Higiene del medio ambiente incluida la definición de algunos términos frecuentemente utilizados en los documentos de la serie, en la introducción general del Programa que fue publicado al mismo tiempo que el documento consagrado al mercurio (Criterios de higiene del medio ambiente 1-Mercurio, OMS Ginebra 1977) y que puede encontrarse ahora como separatas.

Debemos rendir homenaje a Mme. Dahlquist del Centro Colaborador OMS para los efectos sanitarios asociados al medio ambiente (Estocolmo) que asegura la asistencia técnica y administrativa.

Un apoyo financiero fue acordado para la publicación del presente documento, por el Departamento de Salud y Servicios Humanos mediante un contrato al Instituto Nacional de Ciencias de la Salud Ambiental, Investigación Triangle Park, Carolina del Norte, Estados Unidos de Norteamérica, Centro Colaborador OMS para los efectos del medio ambiente sobre la salud.

CRITERIOS DE HIGIENE DEL MEDIO AMBIENTE N. 24. *Titanio*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1983, ISBN 92 4 254084 4. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Para observar las recomendaciones de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el medio ambiente humano, que se celebró en Estocolmo en 1972 y de un cierto número de Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA 23.60, WHA 24.47, WHA 26.68) y del Consejo de Administración del Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente (UNEP/G/C/ 10, 3 julio 1973), comenzó en 1973 un Programa sobre la evaluación integrada de los efectos que ejerce sobre la salud la contaminación del medio ambiente. Conocido por el nombre de Programa OMS de los criterios de Higiene del Medio Ambiente, este Programa se puso en marcha con el apoyo del fondo de PNVE para el Medio Ambiente. En 1980, el Programa de los criterios de Higiene del Medio Ambiente fue incorporado en el Programa Internacional sobre la seguridad de las sustancias químicas y finaliza con la publicación de una serie de documentos referentes a los Criterios de Higiene del Medio Ambiente.

Un borrador de proyecto del presente documento fue elaborado por el Dr. L. Fishbein, del National Center for Toxicological Research, US Food and Drug Administration, Jefferson, AZ, Estados Unidos de América. Este borrador fue sometido a un examen por el Grupo de Trabajo de los Criterios de higiene del medio ambiente para el titanio y revisado y puesto al día por el Dr. H. Nordman, Instituto de Medicina del

Trabajo, Helsinki, Finlandia. El documento así revisado fue comunicado a los Miembros del Grupo de Trabajo en Marzo de 1982, con el fin de recoger sus recomendaciones.

El secretario quiere agradecer al Dr. H. Nordman la ayuda que ha prestado a la preparación y la confección, desde el punto de vista científico, del proyecto final.

Este documento está fundado principalmente en las publicaciones, cuya lista figura en la bibliografía. Sin embargo también se han tenido en cuenta algunas publicaciones recientes que contienen puntos de vista sobre aspectos sanitarios del titanio: Berlin y Nordman (1979), Browning (1969), CEE (1974), Katari y cols. (1977), Lynd y Hough (1980), Schroedes y cols. (1963), Stamper (1970), Stokinger (1963), USEPA (1973), Valentin y Schaller (1980) y Winogradow (1959).

Se encontrarán precisiones sobre el Programa OMS de los criterios del medio ambiente, incluyendo la definición de algunos términos recientemente utilizados en los documentos de la serie, en la introducción general del Programa que fue publicado al mismo tiempo que el primer documento de la serie, consagrado al mercurio (Criterios de Higiene del Medio Ambiente 1-Mercurio, Ginebra OMS. 1977). Esta publicación existe en separata.

Una ayuda financiera, parcial fue concedida amablemente para el presente documento por el Departamento de Salud y Servicios Humanos mediante un contrato realizado con el National Institute of Environmental Health Sciences, Research Triangle Park, (Carolina del Norte, E.E.U.U.) un centro piloto del IPCS.

REVISTA DE REVISTAS

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y CIENCIAS AFINES,
Sep-Oct. 1984.

MORENA FUMERO, A. L., y cols.: *Prevalencia de los trastornos depresivos en consultas de medicina general*, págs. 305-313.

Se pretende estudiar la prevalencia de los trastornos depresivos en consultas de medicina general. La muestra consta de 89 sujetos elegidos al azar (1 de cada 3) en consultas de medicina general. La elección de los sujetos se realizó sólo en los pacientes que acudían por primera vez en estas consultas. Para medir los síntomas depresivos usamos la Self-Rating Depression Scale de Zung. Dentro de los resultados generales destaca que un 83 por ciento de los pacientes que acudían por primera vez a estas consultas tenían síntomas depresivos, presentando un 33 por ciento del total de la muestra síntomas depresivos graves. Se encontró que las variables socio-demográficas estudiadas (edad, sexo, estado civil, nivel cultural y situación laboral) estaban relacionadas con las puntuaciones obtenidas en el S.D.S. Aunque en este estudio se encontró que los patrones epidemiológicos se mantenían igual que en la población general respecto a las variables socio-demográficas, la frecuencia con que aparecen niveles de depresión en esta muestra es menor que en la población general.

PADIERNA ACERO, J. A., y cols.: *Neuroticismo y coronariopatía*, págs. 340-346.

Se investigaron en este estudio los niveles de neuroticismo y extroversión existentes en una muestra de pacientes afectos de cardiopatía isquémica, encontrándose en ellos un aumento significativo de neuroticismo, no así de extroversión al ser comparados con

la población general. Determinados grupos cardiológicos como las anginas de pecho, los angor atípicos o los caracterizados por la presencia de dolor anginoso, se asocian a altos niveles de neuroticismo. Se sugiere que la existencia de factores socioambientales estresantes y dolor anginoso al darse asociados a altos niveles de neuroticismo generan en estos pacientes una alta morbilidad psiquiátrica.

BOBES GARCIA, J., y cols.: *Evaluación prospectiva de 473 toxicodependientes en Asturias*, págs. 347-356.

Un estudio prospectivo clínico epidemiológico ha sido realizado entre 473 pacientes dependientes de derivados opiáceos de la región asturiana. Este trabajo ha sido llevado a cabo a través de los pacientes toxicodependientes que han contactado con instituciones judiciales y sanitarias públicas y privadas. En esta aportación se valoran los deterioros orgánicos de mayor prevalencia con los correspondientes apoyos biológicos y patológicos. Finalmente se establecen datos estimativos acerca de la prevalencia de toxicodependencias en la región a través de varios índices indirectos.

AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, agosto 1984.

GORDON, D. J., y cols.: *Factores de riesgo coronario y realización de pruebas de ejercicio en varones hipercolesterolémicos asintomáticos: aplicación del análisis proporcional de riesgos*, págs. 210-24.

La asociación de factores establecidos de riesgo coronario con la realización de pruebas de ejercicio de andar graduado submáximo, se examinó en 6.850 hombres hipercolesterolémicos blancos de 34 a 59 años de edad estudiados entre 1973 y 1976 en 12 Clínicas Norteamericanas de Investigación de Lípidos para participar en su Ensayo de Prevención Primaria Coronaria. La prevalencia de respuestas electrocardiográficas isquémicas (depresión ≥ 1 mm del segmento S-T) fue del 8,6%. El método Cox de riesgos proporcionales fue adaptado como para tener en cuenta el nivel de ejercicio en el que ocurren las respuestas isquémicas y al que los sujetos sin respuestas isquémicas fueron expuestos. En ambos modelos, la edad, la presión sanguínea, el colesterol plasmático e (inversamente) el colesterol plasmático de lipoproteínas de alta densidad y el consumo de alcohol eran predictores independientes significativos de una respuesta isquémica al ejercicio. Sorprendentemente, las respuestas isquémicas fueron *menos* frecuentes en los fumadores que en los no fumadores. Sin embargo, cuando se usó el método de riesgos proporcionales, el fumar cigarrillos fue débil pero significativamente ($p < 0,01$) predictivo de una respuesta isquémica al andar. Los resultados de este modelo diferían de los del modelo logístico porque el primero tiene en cuenta la reducida capacidad de ejercicio de los fumadores que hace que alcancen con menos probabilidad cargas de trabajo suficientes para inducir la isquemia

miocardia. El modelo de riesgos proporcionales demostró igualmente un posible efecto beneficioso de actividad física habitual que no era aparentemente en un modelo logístico. El índice de Quetelet y los glicéridos de plasma estuvieron sólo débilmente asociados con la probabilidad de una respuesta isquémica y no contribuyeron significativamente a ninguno de los modelos.

SNOWDON, D. A., y cols.: *Dieta, obesidad y riesgo de cáncer de próstata fatal*, págs. 244-50.

Los hallazgos descritos en este informe se refieren a 6.763 varones blancos Adventistas del Séptimo Día que completaron un cuestionario en 1960. Entre 1960 y 1980 se recogieron datos de mortalidad de miembros de la cohorte. Los hombres con exceso de peso tenían un riesgo significativamente superior de cáncer fatal de próstata que los hombres que tenían un peso casi ideal. El riesgo relativo predicho de cáncer fatal de próstata fue 2,5 para los obesos. También se vieron asociaciones positivas sugestivas entre el cáncer fatal de próstata y el consumo de leche, queso, huevos y carne. Hubo una metódica dosis-respuesta entre cada uno de los cuatro productos animales y el riesgo. El riesgo relativo de cáncer fatal de próstata fue 3,6 para los que consumían mucha cantidad de los cuatro productos animales. Los resultados de este estudio y otros sugieren que el consumo de productos animales y la obesidad pueden ser factores de riesgo para el cáncer fatal de próstata.

MASTRANDREA, V., y cols.: *Tendencias de la mortalidad por cáncer de pulmón en Italia en relación el consumo de productos de tabaco*, págs. 257-64.

Este trabajo examina los cambios con el tiempo de mortalidad por cáncer de pulmón en Italia durante los años 1950-1979 en relación con cambios de hábito de fumar desde 1900. En ambos sexos y para todas las edades, la mortalidad aumentó durante este período, aunque para las mujeres las tasas y los aumentos relativos por año han sido consistentemente mucho menores que para los hombres. Entre 1950-1952 y 1977-1979, la tasa de muerte ajustada por edad por 100.000 hombres aumentó casi cinco veces (de 10,01 a 49,55) mientras que para las mujeres sólo se dobló (de 2,65 a 5,74) de tal manera que la ratio hombre/mujer aumentó de 3,78 a 8,65. En hombres sucesivas cohortes muestran un aumento de la tasa de defunción específica por edad, pero hay indicaciones de que para los hombres nacidos después de 1925, la tasa de mortalidad está empezando a nivelarse. En las mujeres de más de 50 años de edad la mortalidad continúa aumentando pero por debajo de esta edad tiende a nivelarse y declinar. El análisis del consumo de diferentes tipos de productos de tabaco desde 1900 sugiere que las tendencias de mortalidad con el tiempo en diferentes cohortes de nacimiento son explicables en términos de cambios de uso de cigarrillos.

PETERSON, B., y cols.: *Mayores determinantes de mortalidad prematura en varones urbanos de edad media. Muertes relacionadas con el alcohol y grado de participación en un programa preventivo para la población contra el alcohol y sus complicaciones*, págs. 265-72.

La mortalidad total consecutiva en una población de 10.353 varones de edad media invitados a participar en un programa médico preventivo para la población en Malmö fue seguida durante 1,5-6,5 años, como media 4,5 años, después del tiempo de invitación y analizada en relación con la participación o no participación, autopsias legales u hospitalización y posibles efectos de la intervención. La mortalidad total fue dos veces mayor en los no participantes que en los participantes, y la tasa de muerte debida a enfermedades relacionadas con el alcohol fue cinco veces mayor. No hubo diferencias significativas en otras causas de muerte, incluso cáncer y enfermedades cardiovasculares. En los no participantes autopsiados en el Departamento Forense, la proporción de muertes relacionadas con el alcohol fue 60,5%, comparado con 10,0% en participantes autopsiados en el hospital. Una historia de abuso del alcohol existía en el 45,2% de la muestra total y en el 61,0% del grupo autopsiado en el Departamento Forense: En los participantes con aumento de gamma-glutamyltransferasa, la mortalidad a los 48-72 meses de seguimiento fue más baja en un grupo de intervención en comparación con un grupo control ajustado por sexo, edad y gamma-glutamyltransferasa. Los resultados apoyan hallazgos de que las muertes relacionadas con el alcohol, la no participación en un programa preventivo y los efectos de la intervención en una estrategia sanitaria contra el alcohol y sus complicaciones son determinantes importantes de muerte prematura en varones urbanos de media edad.

HISLOP, T. G., y THRELFALL, W. S.: *Contraceptivos orales y mastopatía benigna*, págs. 273-80.

En 1980 se envió por correo un cuestionario a 726 enfermeras que habían participado previamente en un estudio de enfermedades de la mama a finales de 1940 y de 1950; 665 respondieron. Entre las edades de 30 a 49 años, 137 declararon haber detectado sus primeros signos de mastopatía benigna y 76 declararon que se les había hecho una biopsia por estos signos. El uso de anticonceptivos orales redujo el riesgo de desarrollar signos de mastopatía benigna y el riesgo de biopsia por estos signos. El sesgo posible debido al efecto de la mastopatía benigna previa al describir las prácticas de la contracepción oral fue reducido al mínimo al considerar que se usaba la contracepción oral antes de detectar los primeros signos de mastopatía.

GALANTER, M., y cols.: *Grupos de autoayuda para padres jóvenes que abusan del alcohol y de las drogas*, págs. 889-891.

Un movimiento nacional de grupos de padres para autoayuda ha surgido recientemente para combatir el abuso de drogas en niños y adolescentes. Esta modalidad innovadora se dirige a un importante tema de salud mental en una zona en que se anticipa la escasez de personal. Sobre la base de datos autodeclarados de 135 miembros de un grupo de padres se evaluaron la droga y los problemas de conducta de los hijos de los miembros. Los grupos de padres diferían notablemente en estructura y actividades no obstante, la psicología subyacente de los miembros, es decir, las actitudes compartidas y la cohesión social de los miembros facilitó la consecución de objetivos comunes.

ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA, Agosto 1984.

RUIZ CONTRERAS, J., y cols.: *Manifestaciones extrarrespiratorias de la infección por *Mycoplasma pneumoniae**, págs. 141-146.

Tres pacientes con infección por *Mycoplasma pneumoniae*, documentada por títulos de anticuerpos fijadores de complemento > 128 , desarrollaron manifestaciones extrarrespiratorias severas. Dos de ellos presentaron síndrome de Stevens-Johnson al séptimo día y segundo día del comienzo de los síntomas respiratorios y el tercero una polineurorradiculitis desmielinizante a las tres semanas. Uno de los pacientes con síndrome de Stevens-Johnson y grave afectación respiratoria tuvo, además, anemia hemolítica asociada a un título de crioglobulinas de 128. Se determinaron las poblaciones linfocitarias en uno de los casos de síndrome de Stevens-Johnson y el paciente con polineurorradiculitis en ambos se encontró una disminución de los linfocitos T-cooperadores, y el paciente con síndrome de Guillain-Barré, además, aumentó los linfocitos T-supresores.

DE JUAN MARTIN, F., y cols.: *Meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, resistente a ampicilina y cloranfenicol*, págs. 153-156.

Los autores presentan tres observaciones de meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b resistente a ampicilina y cloranfenicol y un caso reciente a ampicilina y cuadro alérgico grave a cloranfenicol. Las cepas multiresistentes de este germen crean graves problemas de tipo terapéutico, en especial en el caso de meningitis. En nuestra casuística hemos utilizado cefalosporinas de primera (cefacetrilo), segunda (cefamandol) y tercera generación (cefatoxima y mosalactan) según su disponibilidad a la farmacopea. La evaluación fue muy favorable en todas las observaciones. Concluimos

resaltando la utilidad de las cefalosporinas de tercera generación en las meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b resistentes a ampicilina y cloranfenicol.

ANALES DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, Cuaderno 4 1984.

ZAPATERO DOMINGUEZ, J.: *La tuberculosis pulmonar en el estudiante universitario en el transcurso de cuarenta y cinco años de exámenes radiológicos, protección ejercida por la BCG*, págs. 463-484.

La estadística que presentamos sobre exámenes radiológicos seriados, realizados en un total de 260.717 estudiantes a su ingreso en la Universidad, practicadas sin interrupción durante cuarenta y cinco años, representan la experiencia más dilatada en el tiempo de todas las publicaciones por nosotros conocidas. Los exámenes seriados deben continuarse, ya que no se ha alcanzado aún el nivel de tuberculosis pulmonares activas, que es el de 0,04 por 100. En el curso de 1983-84 la proporción de activas era todavía de 0,061 por 100. El riesgo de infección anual tuberculosa, el llamado RAI, que era el índice epidimétrico de mayor sensibilidad, ha mostrado un marcado descenso. En el curso 1939-40 alcanzó un valor de 14,44 por 100, descendiendo al 1,46 por 100 en el curso 1980-1981. Con arreglo a estos datos, la erradicación de la tuberculosis no tendrá lugar hasta el año 2135, fecha bastante posterior a la previamente calculada por algunos autores. La gráfica de infección y enfermedad tuberculosas muestra cómo ambas disminuyen de modo casi paralelo en los ocho primeros quinquenios. En el quinquenio 1979-84 la curva de infección aumenta de modo no justificado, dado que no se ha acompañado de una elevación en la línea de la enfermedad. Ello estuvo motivado por haber comenzado a emplear cinco unidades de RT23 en lugar de dos unidades que veníamos empleando. Para considerar como positiva la reacción tuberculínica, creemos por eso que será necesario que la papula alcance 12 o quizás más milímetros, a semejanza de lo ocurrido en Norteamérica aunque por distintas razones. Durante 15 cursos de 1969-70 a 1983-84 y como a los cinco años de haber sido practicada la vacunación, encontramos en el grupo de los vacunados una frecuencia de enfermedad 16,2 veces menor que en los no vacunados. Cuando la enfermedad surge, ésta sigue una evolución menos favorable, sin embargo, en el grupo vacunado, como se pone de relieve por el mayor tiempo de cura sanatorial del necesitado para la negativización de la baciloscopia y del empleado también para conseguir el cierre cavitario, así como la normalización de la velocidad de sedimentación. En el grupo control sólo registramos a este propósito un dato negativo, el cual fue la mayor frecuencia con que se alcanzó la curación por cavidad detergida, si bien este hecho pueda estar determinado por la mayor edad media registrada en el grupo de enfermos no vacunados. La BCG, al hacer menos marcada las reliquias anatómicas como las bacilares, ha de hacer también menos frecuente la tuberculosis en edades posteriores de la vida, ya que se admite que esta tuberculosis nace por el mecanismo de la reactivación endógena.

Pensamos pues que la BCG influye también sobre la reinfección endógena, al hacer ésta menos frecuente. Al mismo tiempo las bronquitis crónicas han de ser también menos frecuentes al ser menores las cicatrices anatómicas que, como las desviaciones bronquiales, ectasias, acodaduras, destrucción ciliar, etc., deja la inflamación tuberculosa.

ANNALI DELL' ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA, Abril-sept. 1984

COSA G., y cols.: *Estudio del ruido aeronáutico en el ámbito de Fiumicino. Análisis crítico y valoración de los resultados*, págs. 449-466.

Para valorar el grado de contaminación acústica por ruidos aeronáuticos en la zona de Fiumicino se ha realizado un estudio en relación con las emisiones sonoras derivadas del vuelo de los aviones procedentes del aeropuerto internacional Leonardo da Vinci. Las medidas se efectuaron en correspondencia con algunas localidades del núcleo habitado en base a la valoración de los niveles de exposición de acontecimiento único, medidos como Nivel Efectivo de Ruido Percibido (NERP) y como Nivel de Acontecimiento Unico (NAU). De la integración de los acontecimientos diarios se han calculado sucesivamente los índices de contaminación acústica en base a las directrices de la Recomendación ISO R 3.891 y del Anexo ICAO n. 16. Se han confrontado sucesivamente los niveles de exposición total diaria medidos según los procedimientos específicos del ruido aeronáutico y según los criterios de la evaluación de los ruidos ambientales no específicos. Del análisis de los resultados se han deducido elementos de valoración tanto relativos a la metodología y a las técnicas de medida como a los criterios de juicio sobre el nivel de contaminación acústica ambiental.

ARCHIVES BELGES. MÉDECINE SOCIALE, HYGIÈNE, MÉDECINE DU TRAVAIL, MÉDECINE LÉGALE, enero-feb. 1984

SARACCI, R.: *La epidemiología sobre el terreno para la vigilancia y la investigación*, págs. 3-167.

El número 1-1 de los Archives Belges de Médecine Sociale, Hygiene, Médecine du Travail et Médecine legale recoge los textos de los trabajos de la 9 reunión científica de la Asociación de Epidemiólogos de Lengua Francesa que tuvo lugar en Bruselas los días 21-22 de noviembre de 1983 sobre el tema "La epidemiología sobre el terreno para la vigilancia y la investigación: ¿Qué personas? ¿Qué responsabilidades? ¿Qué formación?". El conjunto de las aportaciones ofrece una vista panorámica de las actividades, de los problemas y de las soluciones—en diferentes estadios de madurez—

que encuentra la epidemiología tal como se desarrolla sobre el "terreno", es decir, al nivel mismo en que se producen los acontecimientos que estudia y dónde se recogen los datos primarios. Se puede afirmar, en este sentido, que toda epidemiología está constantemente sobre el terreno en la medida en que, si se hace abstracción de los trabajos únicamente metodológicos o de los modelos únicamente teóricos (¿es qué esto existe), el terreno es la base empírica de toda marcha descriptiva o analítica como de todo razonamiento epidemiológico. De todos modos hay dos razones para concentrarse de vez en cuando, como se ha hecho durante la reunión de Bruselas, sobre los aspectos característicos del trabajo sobre el terreno. Por una parte, para examinar con más detalle los problemas conceptuales y de organización y las necesidades de formación epidemiológica del personal no especialista (por ejemplo médicos generales, asistentes sociales, etc.) que opera sobre el terreno, por otra parte, porque este nivel de actividad representa el punto de partida no sólo de las investigaciones clásicas de epidemiología, con fin principalmente científico y capaces de influir sobre la práctica a medio y largo plazo, sino también de toda una serie de investigaciones con fines más directamente prácticos, integrados en las actividades de salud pública en la comunidad, en la que ellas representan el elemento de conocimiento indispensable. Es dirigiéndose especialmente, aunque no exclusivamente a este tipo de investigaciones (cuyo lado metodológico ha recibido hasta este día relativamente poca atención) que el programa de la reunión ha sido estructurado por el Comité Organizador bajo la presidencia del Profesor Michael Lechat y en el seno del cual la doctora Irene Borlée ha sido, en su doble función de miembro del Comité y miembro del Consejo de Administración de la ADELFI, una animadora entusiasta y eficaz.

ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGIA, julio-agosto 1984,

TORRES, R. C., y cols.: *Epidemiología de la litiasis renal: Influencia de la dieta*, págs. 309-327.

Efectuamos un estudio epidemiológico de la litiasis renal en 2,125 habitantes de siete poblaciones de la provincia de Granada, poniendo especial interés en el análisis de las costumbres alimenticias. Encontramos una incidencia de antecedentes de litiasis de 3,01 por 100 con una relación varón/hembra de 0,73 y la diferencia fundamental en la dieta fue que las personas litiásicas ingerían más proteínas animales que las no litiásicas.

BOLETIN CHILENO DE PARASITOLOGIA, junio 1984

SCHENONE, H., y cols.: *Prevalencia de la infección toxoplásmica en funcionarios de un matadero de la ciudad de Santiago, Chile*, págs. 33-34.

En un intento de contribuir al mejor conocimiento de la epidemiología de la toxoplasmosis, se realizó una encuesta en base a una relación de hemaglutinación indirecta (RHAI) para estas parasitosis en 405 empleados de un matadero localizado en la ciudad de Santiago. La RHAI resultó positiva en 73/153 (47,7%) de los individuos sin contacto con la carne y en 165/252 (65,5%) de los que trabajan en contacto directo con la carne. La diferencia entre las tasas de positividad a la RHAI es estadísticamente significativa.

BOLETIN DE ESTUDIOS Y DOCUMENTACION DE SERVICIOS SOCIALES, n. 20 1984.

CONTRERAS MERINO, P.: *Sobre la marginación de los gitanos españoles*, págs. 13-21.

En el presente artículo, la autora se refiere a la situación general de los gitanos españoles. El trabajo, la vivienda, la familia y la población, la educación y la asistencia social se tienen en cuenta tanto en el contexto general del país como en un área concreta como es el Noroeste de Madrid. No se pretende llegar a una exposición completa sobre la realidad gitana, pues ésta es particularmente compleja, y en cierto modo, desconocida. La importancia de la educación y la asistencia social es grande de cara a promocionar a la minoría gitana y se debe llegar a un enfoque interdisciplinar del tema. Las tradiciones y el carácter especial de esta población hace muy difícil la aproximación a sus problemas y necesidades.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, julio 1984.

AVENDAÑO, L. F., y cols.: *Comparación de la electroforesis del ARN vírico con el método ELISA indirecto para el diagnóstico de infección por rotavirus humano*, págs. 1-7.

Un total de 177 muestras fecales procedentes de pacientes chilenos menores de dos años de edad que presentaban diarrea se estudiaron para detectar la presencia de rotavirus por medio de dos métodos, el ensayo inmunoabsorbente enzima conjugada indirecto (ELISA indirecto) y la electroforesis del ARN vírico en geles de agarosa. Del total de muestras 50 procedían de pacientes con diarrea aguda y 127 de pacientes con diarrea prolongada. Con el método de electroforesis se detectó rotavirus en el 36% de las muestras con diarrea aguda y en el 25% de las muestras de pacientes con diarrea

prolongada, mientras que con el método ELISA indirecto se detectó rotavirus en un porcentaje más alto, 46 y 38% respectivamente. Estos resultados respaldan la conclusión de que la electroforesis del ARN vírico es un método menos sensible para detectar rotavirus que el método ELISA indirecto, no obstante, la gran especificidad, facilidad de aplicación y bajo costo del primer método lo convierte en una alternativa valiosa del método ELISA indirecto. En consecuencia, si se tiene en cuenta la importante función que desempeña el rotavirus en la diarrea infantil y la necesidad de contar con una técnica de diagnóstico que se pueda incluir como procedimiento normal en laboratorios de centros médicos asistenciales en los países en desarrollo, existen buenas razones para afirmar que la electroforesis del ARN vírico constituye un instrumento útil para estudiar la diarrea causada por rotavirus.

TELLEZ GIRON, E., y cols.: *Aplicación del método ELISA para el diagnóstico de la cisticercosis*, págs. 8-13.

La frecuencia elevada de cisticercosis en países en desarrollo y sus efectos patológicos y económicos señalan la necesidad de contar con una prueba satisfactoria para diagnosticar esta enfermedad. En el Hospital General Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí, SLP. México, se realizó un estudio en el que se comparó la sensibilidad del ensayo inmunsorbente enzima conjugada (ELISA) con la del método de hemaglutinación indirecta (HI) para diagnosticar la cisticercosis. Por medio de ambos métodos se analizaron muestras de líquido cefalorraquídeo y de suero de 120 pacientes neurológicos que se dividieron en dos grupos de control y un grupo de 17 casos de cisticercosis cerebral confirmada. Las muestras de los grupos de control resultaron negativas con ambos procedimientos, pero en el grupo de enfermos de cisticercosis con el método de HI se obtuvo un 29% de resultados falsos negativos en tanto que con ELISA no se obtuvo ninguno. Se concluye que el método ELISA es más sensible que el de HI puesto que con él no se lograron resultados falsos negativos ni positivos, sin embargo, en vista del pequeño número de casos investigados no es posible llegar a una conclusión definitiva.

MAYAS, J. C., y cols.: *¿El médico informa adecuadamente a los pacientes?*, págs. 26-32.

En 1982, se realizó en Cali, Colombia, una encuesta para determinar si los médicos dan indicaciones adecuadas a los pacientes respecto a su enfermedad y tratamiento. Se entrevistó a 475 pacientes de consulta ambulatoria en tres instituciones, 145 centros de salud del municipio, 200 en el Instituto de Seguros Sociales y 130 en consultorios privados. Se observó que sólo el 26,3% de los enfermos habían recibido indicaciones médicas adecuadas y completas sobre la prescripción, de ellos, 55,4% correspondió a consultorios privados, 17,5% al Instituto de Seguros Sociales y 12,4% a los centros de salud, lo que indica una diferencia significativa en la atención de los pacientes según el lugar de consulta. Se señala la importancia de la relación entre médico y paciente como base de un buen tratamiento.

Agosto, 1984.

MARQUEZ, A., y col.: *Rubeola y embarazo: control serológico en la determinación de riesgos y daños*, págs. 95-104.

Durante la epidemia de rubeola en Argentina en 1976 el laboratorio de la Sección diagnóstico del Instituto de Virología de la Universidad de Córdoba realizó estudios serológicos en 611 embarazadas: 501 expuestas al contagio y 110 con síndrome de infección primaria posexposición (dos de ellas sin manifestaciones clínicas). La investigación serológica confirmó el diagnóstico clínico en el 71% de los casos y lo descartó en el 10%. En el 19% restante los resultados se consideraron como compatibles con el diagnóstico de rubeola, aunque insuficientes para confirmarlo. En 83 de las embarazadas que padecieron rubeola, serológicamente confirmada o compatible, se pudo conocer el destino final del embarazo y se comprobó que el aborto provocado (40%) constituyó el mayor daño ocasionado por la epidemia. Entre los niños nacidos de las madres que padecieron la enfermedad durante el primer trimestre del embarazo se observó un 21% de defectos evidentes en el período neonatal (cuatro casos de 19 nacidos vivos), sin embargo, la infección congénita se demostró, serológicamente en sólo dos niños, lo que reduce al 10,5 el porcentaje de defectos. Únicamente un caso presentó sintomatología típica de rubeola congénita (catarata bilateral y cardiopatía).

CHIOFALO, N., y col.: *Aspectos psiconeurofisiológicos de la involución senil*, págs. 142-149.

Con el propósito de establecer las modificaciones que experimenta el electroencefalograma en la involución senil se estudiaron en una primera etapa a 142 ancianos, todos ellos en condiciones de vida restringida. Se consideró su nivel intelectual y se les sometió a un examen neurológico, psiquiátrico y electroencefalográfico. En este último 37,3% demostraron alguna anormalidad. La población de ancianos se sometió posteriormente a una terapia que comprendió aspectos físicos, psíquicos y farmacológicos por un período de 22 meses. Al término de dicha terapia se evaluaron de nuevo las anormalidades desde el punto de vista electroencefalográfico en 78 ancianos, de ellos 32 (43,8%) mejoraron y sólo 2 (6,2%) empeoraron. En una segunda etapa se efectuó un estudio similar (esta vez sin tratamiento) en una población de 20 ancianos que se desempeñaban activamente en sus respectivas profesiones. Los registros del electroencefalograma fueron normales en 16 casos (80%) y anormales sólo en 4 (20%). Los autores plantean en términos generales que en los trazados electroencefalográficos de una población de ancianos, las anormalidades son más frecuentes que en una población adulta, joven, sana y que si bien no es posible establecer los mecanismos íntimos de estas alteraciones, tal vez se deban a cambios metabólicos, dado que parte importante de las anormalidades son reversibles en condiciones de vida favorable.

Septiembre 1984

JARAMILLO, J., y cols.: *Atención primaria de salud en zonas urbanas marginales. El modelo de Costa Rica*, págs. 189-200.

Las condiciones generales de salud en Costa Rica han mejorado considerablemente en los años recientes. Por ejemplo, en el decenio de 1970 la mortalidad infantil descendió de 61,5 a 19,1 defunciones por 1.000 nacidos vivos; la mortalidad perinatal disminuyó de 32,9 a 20,0 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos; la mortalidad por enfermedades transmisibles se abatió de 1,36 a 0,16 muertes por 1.000 habitantes, y la mortalidad general se redujo de 6,6 a 4,1 por 1.000 habitantes. Estas tendencias pueden atribuirse en cierta medida a dos programas: el Programa de Salud Rural y el de Salud Comunitaria, elaborados en cada caso para ampliar la cobertura de los servicios de salud en las zonas rurales y urbanas marginales donde éstos eran insuficientes. El Programa de Salud Comunitaria comenzó a funcionar oficialmente en 1976. Su estrategia básica ha consistido en definir pequeñas áreas específicas para brindarles atención, asignando a tales áreas auxiliares especialmente capacitados y haciendo que éstos desempeñen su labor sobre todo por medio de visitas domiciliarias a los habitantes de cada área. La tarea de estos auxiliares ha consistido en aplicar métodos de salud en los casos necesarios. A su vez, los auxiliares han contado con una supervisión sostenida en la medida posible, el apoyo coordinado de todas las instituciones y los recursos del sistema de salud. En la actualidad existen 246 áreas de salud comunitaria dentro de este programa, bajo la jurisdicción de 54 centros de salud. En estas áreas el programa proporciona cobertura de servicios de salud a cerca del 70% de la población urbana marginal de Costa Rica. Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que el programa ha sido sumamente útil y el enfoque empleado merece publicarse no sólo con el fin de que se divulgen ideas e información provechosas sino también para recibir una crítica constructiva de la que se deriven mejoras en el futuro.

GOMES FERRAROTTI, N.: *Educación para la salud en la adolescencia. Relato de una experiencia*, págs. 240-251.

El relato de una prolongada experiencia de campo en educación para la salud, 1956-1983 en Argentina, indica la necesidad de actuar sobre ese grupo de edad y los adultos conexos. La educación para la salud consiste en transformar información sobre salud en conocimiento sobre salud para influir en una conducta adecuada y duradera en este ámbito. Por las características propias de la adolescencia, las áreas más necesarias de información y educación son la sexualidad, la alimentación y nutrición, la higiene corporal y psicosocial, la utilización del tiempo libre y la orientación vocacional. Los métodos y técnicas que generalmente se utilizan en el trabajo con adolescentes y adultos conexos son las acciones individuales, las exposiciones colectivas, los grupos de discusión, los paneles y mesas redondas y las acciones por los medios de comunicación social. La experiencia contó con recursos materiales y humanos muy distintos a través de los años a causa de situaciones históricas coyunturales del país.

También fue ampliándose su radio de acción de un centro asistencial único en la Capital Federal a establecimientos educativos, recreativos e instituciones religiosas y militares en todo el país. Simultáneamente se realizaron investigaciones sobre educación para la salud en adolescentes y adultos conexos, con objeto de conocer la situación educativo-sanitaria por grupos y detectar los cambios producidos por las acciones de educación para la salud. La acción educativa siguió en todos los casos a la aplicación de encuestas y cuestionarios exploratorios de la investigación para satisfacer las inquietudes que la simple respuesta causaba en los adolescentes. Esta es una posición pedagógica en la que se hace hincapié. Las investigaciones confirmaron la deficiencia de conocimientos, comportamiento y conducta adecuados con respecto a la salud y la consecución de cambios positivos en muchos de los grupos en que se actuó.

BOLETIN DE SALUD DE LA REGION MURCIANA, junio 1984.

BUENDIA VIDAL, J.: *Percepción social de la asistencia psiquiátrica (Murcia 1983)*, págs. 107-115.

El autor investiga mediante un trabajo de campo las opiniones sobre la asistencia psiquiátrica tanto hospitalaria como ambulatoria. Para ello se han tenido en cuenta el hábitat (rural y urbano), los niveles económico-sociales y la educación como factores que influyen decisivamente en estos criterios. El ámbito territorial es el municipio de Murcia y se trabaja con una muestra representativa (502 familias del total de la población).

Julio-agosto 1984

PEREÑIGUEZ BARRANCO, J. E., y cols.: *Evaluación formal sobre un modelo de historia clínica en atención primaria*, págs. 119-121.

Se analiza la recogida de 43 variables sobre una muestra de 188 historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Algezares, buscando las condiciones que permiten elaborar un modelo de Historia Clínica para Atención Primaria operativo y eficaz. Los resultados muestran una baja recogida de ciertos ítems como n. de ficha, historia laboral, glucosuria, etc., debida en buena parte a la repetición de estos ítems a lo largo de los distintos apartados de la historia clínica, y a la ausencia del necesario personal de enfermería, auxiliar y administración en la unidad. Por lo expuesto, se concluye afirmando la necesidad de introducir la Historia Clínica en Atención Primaria y planteando la necesidad de un modelo de Historia adaptado a las necesidades.

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, julio 1984.

TYRER, P.: *Clínicas psiquiátricas en la práctica general. Una extensión de la asistencia comunitaria*, págs. 9-14.

Se describen los pacientes vistos en cinco clínicas psiquiátricas en la práctica general (PG) que sirven a una población urbana de 78.200 y sus actitudes hacia la clínica en comparación con los de clínicas externas convencionales. Las clínicas psiquiátricas de PG se prefirieron fuertemente, sobre todo su facilidad de acceso y ausencia de estigmas, el 19 por ciento de los pacientes vistos no hubieran asistido a la Clínica Hospitalaria. Los pacientes vistos abarcaron la gama completa de trastornos psiquiátricos, pero la mayoría fueron tratados en la clínica o por otros miembros del equipo de atención primaria. Se llega a la conclusión de que las clínicas psiquiátricas en la PG ofrecen una forma de alcanzar mejor psiquiatría comunitaria sin necesidad de aumentar los recursos.

TYRER, P., y cols.: *Clínicas psiquiátricas en la práctica general. Impacto en los servicios psiquiátricos*, págs. 15-19.

El impacto de desarrollar la asistencia ambulatoria en clínicas psiquiátricas en la práctica general (PG) en un período de dos años se examina comparando la frecuencia de contacto con diferentes servicios psiquiátricos en prácticas con o sin clínicas psiquiátricas. Las clínicas llevaron un aumento del número de pacientes externos vistos, pero un descenso del número de nuevas referencias. Hubo también un aumento relativo del número de visitas domiciliarias y un aumento de envíos a un hospital de día para agudos. El resultado más importante fue un descenso del 20 por ciento en el número de admisiones al hospital psiquiátrico, que tuvo lugar en un momento en que la tendencia nacional de descenso de las tasas de admisión había cambiado. Los hallazgos sugieren que los recursos psiquiátricos para pacientes internos pueden desplegarse con éxito en la atención primaria sin ningún aumento de personal.

WRIGHT, A. F., y WHALLEY, L. J.: *Genética, envejecimiento y demencia*, págs. 20-38.

Se discute la contribución de las diferencias genéticas a la variación del envejecimiento y la relación de envejecimiento a ciertos tipos de demencia. Cambios neuropatológicos encontrados comúnmente en el cerebro que envejece están presentes en la forma más grave de la demencia tipo Alzheimer, el síndrome Down, la demencia multiinfarto y un importante número de pacientes con enfermedad de Parkinson. Una mayor frecuencia de cambios asociados con el envejecimiento fuera del cerebro se han declarado en la demencia tipo Alzheimer, el síndrome Down y demencia multiinfarto aunque la evidencia es generalmente escasa y en muchos casos requiere nueva

corroboración. Los estudios genéticos de la demencia tipo Alzheimer apoyan la existencia de heterogeneidad sobre la base de la historia familiar y la edad de comienzo, el comienzo precoz se asocia con mayor riesgo genético y gravedad de la anomalía. La creciente evidencia de una asociación entre daño al DNA, envejecimiento prematuro y pérdida de neuronas puede proporcionar conocimiento de la etiología de éstas y otras formas de demencia.

COID, J.: *¿Cuántos pacientes psiquiátricos en prisión?*, págs. 78-86.

El trabajo compara la prevalencia de morbilidad psiquiátrica entre prisioneros sentenciados y en la población general. La psicosis grave no fue más común en la mayoría de los estudios de poblaciones criminales. Aunque dos prisioneros tienen un mayor nivel de sintomatología neurótica, ésta se vió que era secundaria al propio encarcelamiento. La prisión por mucho tiempo no se encontró que precipitara la morbilidad psiquiátrica grave o el deterioro intelectual y los prisioneros adoptan elaborados mecanismos de afrontamiento que pueden ser protectores. Sin embargo, hay una mayor prevalencia de prisioneros mentalmente incapacitados y epilépticos y los médicos de Servicio Médico de Prisiones tienen que atender frecuentes y graves problemas de conducta. Las prisiones parece que son una zona especialmente importante para futuras investigaciones psiquiátricas.

Agosto 1984

TAYLOR, E. A., y STANSFELD, S. A.: *Los niños que se envenenan a sí mismos. I. Una comparación clínica con controles psiquiátricos*, págs. 127-135.

Cincuenta escolares, admitidos como emergencias médicas después de envenenarse, se compararon con 50 controles ajustados, residentes en la misma área de Londres referidos para ayuda psiquiátrica por otras razones. Las medidas dependientes se basan en información clínica sistemáticamente registrada en ambos grupos. Los que se habían envenenado mostraron síntomas psiquiátricos y relaciones familiares más alteradas que el grupo psiquiátrico, era más probable que respondieran a los criterios de trastornos depresivos y procedieran de familias que mostraban poco calor. Esta forma de autoagresión no es trivial ni está culturalmente determinada y justifica la intervención psiquiátrica.

Septiembre 1984

RATNA, L., y DAVIS, J.: *Terapia familiar con el anciano enfermo mental. Algunas estrategias y técnicas*, págs. 311-313.

Durante este período de 6 meses, se estudiaron 142 envíos consecutivos de pacientes de más de 65 años a un servicio de psicogeriatría orientado a la comunidad en el

norte de Londres. Los factores psicosociales que determinaron el envío fueron cuantificados y se analizan su relación con el diagnóstico. Se describen estrategias terapéuticas, diseñadas para tratar con los problemas psicosociales presentes. Se sugiere que un enfoque centrado en la familia es de cierto valor en el manejo del anciano mentalmente enfermo.

BRITISH MEDICAL JOURNAL, 7 julio 1984

PRIMHAK, R. A., y cols.: "¿Qué partos requieran atención psiquiátrica?", págs. 16-18.

El modo del parto y la puntuación de Apgar a un minuto se tomaron de historias de recién nacidos de 2.086 niños nacidos en una unidad obstétrica durante 12 meses. Hubo 1.554 partos espontáneos de vértice, 26 partos de nalgas y 506 partos quirúrgicos o instrumentales. Las historias obstétricas de los partos quirúrgicos se revisaron para determinar si el sufrimiento fetal había sido indicación para la intervención y las historias obstétricas de los partos vaginales espontáneos de vértice también se revisaron por ver si se había detectado antes del nacimiento sufrimiento fetal. Cuando había sufrimiento fetal antes de nacer en partos vaginales espontáneos de vértice, la frecuencia de un Apgar al minuto por debajo de 7 fue de 10,2%. En los partos quirúrgicos o instrumentales en que el sufrimiento fetal fue indicación para la intervención, la frecuencia de un Apgar al minuto por debajo de 7 fue de 15,6% después de parto por forceps no rotacional, de 13,9% tras parto por forceps rotacional, y de 45,8% tras cesárea. En ausencia de sufrimiento fetal la frecuencia de un Apgar por debajo de 7 fue de 2,4% tras partos espontáneos, 7,1% tras parto con forceps no rotacional, 13,2% tras cesárea y de 18,4% tras parto con forceps rotacional. La presencia de sufrimiento fetal aumentó considerablemente la frecuencia de un Apgar por debajo de 7 en cada categoría, excepto en los partos con forceps rotacional. Los servicios pediátricos en una unidad de obstetricia pueden organizarse racionalmente según las condiciones locales de personal con ayuda de estos datos.

28 julio 1984

NIKKILA, E. A., y cols.: *Prevención de la progresión de la aterosclerosis coronaria por el tratamiento de la hiperlipidemia: un estudio angiográfico prospectivo de siete años*, págs. 220-223.

La progresión de la aterosclerosis coronaria fue estudiada por angiografía repetida en 28 pacientes y 20 controles con hiperlipidemia (concentración de colesterol sérico

$> 7,2$ mmol/l (278 mgrs/100 ml) o concentración de triglicéridos en suero $> 2,0$ mmol/l (177 mgr/100 ml o ambos) y enfermedad arterial coronaria sintomática de dos o tres vasos. 28 pacientes (26 varones y 2 mujeres) se trataron con dieta y medicamentos (clofibrato y ácido nicotínico, o ambos) para rebajar las concentraciones lipídicas. 28 varones que tomaron parte en un estudio simultáneo sirvieron como controles no aleatorios: recibieron tratamiento médico para la enfermedad arterial coronaria pero ningún tratamiento para reducir las concentraciones lipídicas. Los niveles iniciales de factores de riesgo coronario y la situación angiográfica eran comparables en ambos grupos. En los 28 enfermos, las concentraciones de colesterol total, triglicéridos totales y lipoproteínas, colesterol de baja densidad se redujeron en una proporción media del 18%, 38% y 19% respectivamente por el tratamiento para la hiperlipidemia y la concentración de lipoproteína de alta densidad-colesterol aumentaron en un promedio del 10%. El tratamiento mantuvo estas concentraciones durante una evolución de 7 años. Respecto a todos los criterios, las lesiones coronarias progresaron significativamente menos en los enfermos que en los controles, la situación angiográfica permaneció completamente estable en 9 (32%) de los enfermos comparados con solamente 1 (8%) de los controles que sobrevivieron; de los segmentos arteriales en riesgo, 46 (16,5%) progresaron en los enfermos comparados con 50 (38,2%) en los controles ($p < 0,001$) y la obstrucción coronaria aumentó menos en los enfermos que en los controles ($p < 0,001$). Los síntomas anginosos disminuyeron menos o permanecieron estables en 16 de los 25 enfermos que sobrevivieron hasta el final del estudio. La progresión de la aterosclerosis coronaria fue significativamente más importante en aquellos pacientes que durante los 7 años de tratamiento tuvieron unas concentraciones medias de colesterol total, de colesterol VLDL más colesterol LDL o proporción de concentración de colesterol LDL a colesterol VLDL por encima del respectivo valor medio que en aquéllos cuyos valores medios se encontraron por debajo. Por otro lado, los enfermos con concentraciones de colesterol HDL por encima de la media durante el tratamiento, mostraron menos progresión que aquéllos cuyas concentraciones de colesterol HDL eran más bajas. El aumento de la obstrucción coronaria estuvo inversamente relacionado con el nivel de concentración de colesterol HDL durante el tratamiento. La progresión, sin embargo, no se relacionó con la concentración de colesterol LDL durante el tratamiento. Los progresos incluso de una aterosclerosis coronaria avanzada pueden retrasarse reduciendo las elevadas concentraciones de lípido sérico y aumentando las concentraciones de colesterol HDL.

25 agosto 1984

JONES, D. R., y cols.: *Duelo y cáncer: algunos datos sobre fallecimientos de cónyuges a partir de un estudio longitudinal de la Oficina de Censos y Encuestas de Población*, págs. 461-464.

Se valoró el registro de cáncer y la mortalidad por esa causa tras el fallecimiento de un esposo utilizando datos del estudio longitudinal de la Oficina de Censos y

Encuestas de Población. La población estudiada comprendió el 1% de las personas incluidas en el censo de Inglaterra y Gales de 1971 para quienes se ligaron los datos sobre sus respectivos hechos demográficos con sus expedientes en el censo. Hay una escasa prueba de un aumento de cáncer registrado después del fallecimiento del cónyuge y sólo una ligera sugerencia de aumento de mortalidad por cáncer. Para otras causas de defunción también hay alguna evidencia de aumento de mortalidad durante el período de viudedad. Puesto que el fallecimiento del cónyuge es a menudo un fuerte acontecimiento de tensión, estos datos pueden ser interpretados como que prestan escaso apoyo a que las tensiones estén implicadas en la etiología del cáncer.

6 octubre 1984

POCOCK, S. J., y cols.: *Concentración de plomo en sangre, presión arterial y función renal*, págs. 872-874.

Se relacionaron las concentraciones de plomo en sangre con la tensión arterial y con indicadores de función renal en una encuesta clínica de 7.735 varones de edad media de vida correspondientes a 24 ciudades británicas. No hubo prueba concluyente de que las concentraciones de plomo en sangre se asociaran con presión sistólica o diastólica ($r = +0,03$ y $0,01$, respectivamente). En 74 hombres con una concentración de plomo en sangre de $1,8$ o mol/l ($73,3$ $\mu\text{g}/100$ ml) o más existía cierta sugerencia de hipertensión aumentada, sin que ello fuese significativo. La concentración de plomo en sangre no tuvo relación alguna con la concentración de creatinina en suero. Aumentos moderados en la concentración de plomo en sangre se asociaron con pequeños aumentos en la concentración de urato en suero y pequeñas reducciones en la concentración promedia de urea en suero; se redujeron estas asociaciones cuando se tuvo en cuenta el consumo de alcohol. No hay indicación de que la exposición al plomo en concentraciones que habitualmente se encuentran en los varones británicos sea responsable de una función renal deficiente o de una presión arterial aumentada.

20 octubre 1984

PLATT, S., y cols.: *Tendencias de parasuicidio y desempleo entre varones en Edimburgo, 1968-82*, págs. 1.029-1.032.

Entre 1968 y 1982 las cifras anuales de desempleo y de parasuicidio entre varones de Edimburgo mantuvieron una correlación positiva y altamente significativa ($r = 0,77$). Igualmente, se encontraron correlaciones a lo ancho de los distritos de la ciudad en 1971 ($r = 0,76$) e incluso, más intensamente, en 1981 ($r = 0,95$).

Durante todo el período, la incidencia de parasuicidio entre los desempleados fue casi siempre más de 10 veces mayor que entre los empleados. Los parados por más de un año sostuvieron un riesgo mucho mayor que aquéllos sin trabajo durante los períodos cortos. Estos hallazgos se consideran consistentes en el criterio de que el desempleo especialmente si es de larga duración, aumenta la incidencia de parasuicidio. Tiene importantes simplificaciones la predicción oficial de un aumento de las cifras de desempleo de largo plazo.

12 enero 1985

DAVIES, B., THORLEY, A., y O'CONNOR, D.: *Progresión de las carreras de adicción en adultos jóvenes que abusan de solventes*, págs. 109-110.

Las historias de cuatro casos de una muestra representativa de adultos jóvenes aspiradores de pegamentos que habían pasado a usar drogas ilícitas o a abusar del alcohol o ambas cosas, contenían varios factores comunes que pueden haber sido importantes en la transición. Por ejemplo, todos habían sufrido privación o rechazo paterno en la infancia que les produjo un estado de tensión crónica y todos habían pasado de aspirar pegamento a inhalar heroína y de ahí a inyectarse heroína. La razón exacta de la transición de aspirar pegamento al abuso de otras sustancias no estaba clara. No obstante, aunque estos casos representan sólo una minoría de aspiradores de pegamento, el problema de la transición puede ser más común de lo que se suponía hasta ahora.

BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, julio-agosto 1984,

Grupo de Trabajo de la OMS: *El diagnóstico fetal de las enfermedades hereditarias*, págs. 527-538.

El diagnóstico fetal fundado sobre una amniocentesis practicada en el 2 trimestre del embarazo y asociada a una interrupción de embarazo selectiva en caso de anomalía es actualmente uno de los elementos clave de la lucha contra las enfermedades hereditarias. Se ha adquirido una vasta experiencia en este campo a lo largo de los diez últimos años y entre las manos de especialistas experimentados, es un procedimiento fiable y sin peligro. Todavía su empleo tropieza aún con importantes limitaciones. Muchas de las anomalías congénitas graves se escapan al diagnóstico en razón de la dificultad de indentificar los embarazos a riesgo. Por otra parte, para las madres a riesgo el diagnóstico en el curso del embarazo se acompaña de una vida de ansiedad. Un método de diagnóstico fetal más precoz, basado sobre la muestra de las vellosidades

coriales a 8-10 semanas de embarazo, comienza a entrar en la práctica. Actualmente esta técnica no se encuentra más que en estado de investigación pero ofrece interesantes perspectivas desde el punto de vista de la mejora de la aceptabilidad del diagnóstico fetal. Parece que análisis citogenéticos y bioquímicos y análisis de ADN pueden ser aplicados a las vellosidades coriales pero el interés final de esta técnica dependerá del riesgo obstétrico que se asocie con ella y que no está aún claramente definido.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El punto de vista de la situación en el Mundo: Memorandum de una reunión de la OMS, págs. 547-562.

La Organización Mundial de la Salud convocó en Ginebra del 22 al 25 de noviembre de 1983, una reunión consultora encargada de poner al día la situación del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en el mundo y de estimular la colaboración entre las diferentes naciones afectadas por esta enfermedad. El SIDA fue señalado por primera vez en los Estados Unidos de América en 1981, pero es probable que existiera ya desde 1978. Poco después de la identificación del síndrome en los Estados Unidos, casos parecidos no tardaron en ser señalados en otras partes del mundo. En la mayor parte de los países de la Europa Occidental, como en Canadá, el cuadro epidemiológico es muy próximo al que se encuentra en los Estados Unidos, la mayoría de los casos sobrevienen entre homosexuales masculinos. En otras regiones tales como el África Ecuatorial y el Caribe, el cuadro parece diferente puesto que no existe casi nunca un factor de riesgo identificable. La enfermedad se manifiesta por infecciones oportunistas y/o ciertos tipos de tumores malignos con las diferencias aparentes en la presentación clínica de los casos encontrados en una parte de América del Norte y en Europa, y por otra parte en las zonas tropicales. No ha sido posible hasta el momento encontrar un tratamiento que mejore la inmunodeficiencia celular subyacente, y la mortalidad es muy elevada. Si la etiología del SIDA queda desconocida, el cuadro epidemiológico corresponde bastante bien a la hipótesis de que el SIDA será debido a un agente transmisible. Los retrovirus figuran a la cabeza de la lista de los agentes posibles. A pesar de la oscuridad de la etiología y la falta de pruebas diagnósticas de laboratorio, se dispone de una cantidad de información suficiente para permitir a las autoridades sanitarias formular recomendaciones susceptibles de reducir de manera apreciable la incidencia de la enfermedad. El SIDA constituye en un gran número de países un importante problema de salud pública y hay implicaciones internacionales. Es necesario llevar a cabo investigaciones concertadas en laboratorio, en clínica y en epidemiología para acelerar los esfuerzos de lucha contra esta enfermedad. En el intervalo la OMS se encargará de coordinar los intercambios de información entre los países

El efecto de las inmunoglobulinas sobre la respuesta de la vacuna antipoliomielítica bucal trivalente y la vacuna antiamparilica, págs. 585-590.

Con el fin de determinar si las inmunoglobulinas (IG) pueden ser administradas al mismo tiempo que la vacuna antipoliomielítica bucal trivalente o vacuna antiamparilica

se han estudiado las respuestas en anticuerpos entre los miembros del Cuerpo de Voluntarios de Paz (Cuerpos de Paz) que iban a servir en ultramar en 1978. Sobre los 2.000 voluntarios que recibieron la vacuna antipoliomielítica, 192 (96%) poseían anticuerpos neutralizantes preexistentes, respecto de dos tipos de poliovirus, al menos. De los 160 sujetos vacunados contra la fiebre amarilla, 24 (15%) tenían un anticuerpo preexistente contra la cepa del virus amarílico 17 D. Cada voluntario recibió 5 ml de IG ya sea 0 a 7 días antes de la vacunación, o 3 a 5 días después, o 28 a 32 días después. Este último grupo constituía el grupo testigo. Cada lote de IG contenía anticuerpos neutralizantes contra los tres tipos de poliovirus ($\geq 1:320$) y contra la fiebre amarilla ($> 1:640$). La respuesta a la vacunación era definida como un aumento de 4 veces al menos del título de los anticuerpos neutralizantes entre el suero de referencia (recogido de 0 a 7 días antes de la vacunación) y el suero tomado 15 a 40 días después de la vacunación. Sólo los voluntarios cuyos títulos iniciales de anticuerpos eran inferiores o iguales a 1:80 respecto al poliovirus y a 1:20 respecto del virus amarílico han sido incluidos en los análisis. Entre los voluntarios que han recibido la IG, 0 a 7 días antes de la vacunación, se observó respuesta, respecto del poliovirus de los títulos 1, 2 y 3 así como del virus amarílico respectivamente entre 71% (de 59), 72% (de 64), 49% (de 100) y 82% (de 98). Entre los sujetos que han recibido IG, 3 a 5 días después de la vacunación, se observó una respuesta entre el 50% (de 30), 52% (de 31), 36% (de 39) y 80% (de 10). Estas tasas no difieren significativamente de las que han sido registradas entre las personas que habían recibido IG 28 a 32 días después de la vacunación, a saber 61% (de 31), 60% (de 30), 51% (de 37) y 83% (de 36). Para cada grupo testigo, entre los voluntarios cuyos títulos de referencia de anticuerpos eran inferiores o iguales a 1:20 se ha determinado igualmente, el porcentaje de sujetos cuyos anticuerpos han alcanzado títulos superiores o iguales a 1:160 después de la vacunación. Entre los voluntarios que han recibido IG 0 a 7 días antes de la vacunación estos porcentajes han sido respecto del poliovirus de los tipos 1, 2 y 3 y del virus amarílico respectivamente, del 82% (de 17), 76% (de 21), 37% (de 68) y 39% (de 97). En el caso de los sujetos que han recibido IG 3 a 5 días después de la vacunación, estos porcentajes eran de 63% (de 8), 67% (de 3), 35% (de 20) y 22% (de 9) respectivamente contra 75% (de 8), 73% (de 11), 33% (de 21) y 50% (de 36), respectivamente en el caso de sujetos que habían recibido IG a 28 a 32 días después de la vacunación. Se concluyó: 1) que los IG disponibles en el Comercio en los Estados Unidos de América, contienen corrientemente, además de anticuerpos anti-poliovirus, anticuerpos contra el virus amarílico y 2) que entre los sujetos que, por otra parte, son inmunes a la poliomielitis, pero no a la fiebre amarilla, la administración de IG, al mismo tiempo que la vacunación antipoliomielítica bucal y la vacuna anti-amarilica, o en los 7 días precedentes a la vacunación, no disminuye de manera significativa las tasas o la intensidad de respuestas en anticuerpos a estas vacunas. En lo que concierne a los voluntarios inicialmente seronegativos (título 10) a los diversos poliovirus, han presentado tasas de respuestas en anticuerpos y títulos máximos que no parecen variar en función del momento de la administración de IG. En cualquier caso el número de sujetos estudiados era demasiado pequeño para permitir sacar conclusiones claras.

Ciguatera: un rápido, sencillo y seguro método para la detección de la ciguatoxina, págs. 639-645.

Se describe un método biológico rápido de determinación de la ciguatoxicidad (por la prueba del mosquito). Una muestra de 8 gramos de pescado crudo se trituró y homogeneizó en acetona. Después de la centrifugación, el sobrenadante se concentra, y filtra a través de tierra de infusorios y rápidamente se hace la cromatografía sobre sílice. La cantidad de residuo liposoluble obtenido es $1,0 \pm 0,2$ mgrs prescindiendo de las especies de pescado y toxicidad.

La toxicidad de los extractos es medida por medio de una técnica basada en la sensibilidad de los mosquitos *Aedes aegypti*, a la ciguatoxina, en el cual 9 grupos de 10 mosquitos son inyectados intratorácicamente con estos extractos a diferentes diluciones. La LD para mosquitos puede después ser determinada, por ejemplo, el peso del pescado (en mg) en el extracto que mata la mitad de una población de mosquitos dada (mg/mosquito). La comparación de los LD para mosquitos y para ratones de extractos de 8 pescados pertenecientes a cuatro especies demuestran una correlación cerrada entre ellos ($n = 40$; $r = 0,89$; $P < 0,01$). Además por un particular método rápido fue correlacionada con aquella obtenida por el procedimiento de rutina usado en el Instituto Luis Malardé de Investigación Médica Papeete, Tahiti (8 peces, 40 medidas). Esto demostró que el procedimiento de extracción fue, al menos tan cuantitativo y seguro como el procedimiento de referencia. Es también mucho más sencillo y rápido de realizar. Un extracto preparado para inyección en los mosquitos puede ser obtenido en una hora; otra hora se requiere para inyectar 90 mosquitos y el LD₅₀ puede ser determinado en una hora más tarde. La exactitud de este nuevo método rápido de determinación de la ciguatoxicidad puede ser comprobada por la medida de LD₅₀ para mosquitos de extractos derivados de mezclas de varias porciones de dos peces de la misma especie, uno altamente tóxico y el otro no tóxico cuando se prueba sobre gatos. La correlación entre la toxicidad de estas mezclas —expresada como la recíproca del LD₅₀— y el porcentaje de pescado altamente tóxico indicó los límites de la prueba del mosquito. Sobre las bases de la correlación empírica entre los resultados de las pruebas sobre ratones y gatos con los efectos en el hombre, se sugirió que los resultados de la prueba del mosquito deberían ser interpretados de la siguiente forma:

LD₅₀ de < 7 mg/mosquito = pescado venenoso.

LD₅₀ de 7-10 mgr/mosquito = pescado de dudosa toxicidad.

LD₅₀ de > 10 mg/mosquito = pescado no venenoso.

Estos límites fueron comprobados por 4 grupos testigos de 10 pescados de desconocida toxicidad, usando gatos y ratones. Un total de 12 gatos fueron alimentados con pescado cuya toxicidad había sido determinada por la prueba del mosquito y los signos de ciguatera se mostraron solamente por aquellos que habían consumido mezclas consideradas como tóxicas (LD₅₀ para mosquitos < 7 mgrs/mosquito).

La prueba del mosquito propuesta tiene muchas ventajas cuando se compara con la prueba biológica usual; es más económica en tiempo, mano de obra y equipo y está ahora siendo utilizada de forma habitual en el Instituto Luis Malardé de Investigación Médica. Un trabajador de laboratorio entrenado puede comprobar 25-30 pescados

por semana y los resultados están disponibles en tres horas como mucho. Las pruebas sobre gatos y ratones serán en un futuro usadas sólo para pescados de toxicidad dudosa.

CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, julio-agosto 1984

STEAD, S., y cols.: *Eliminación del sarampión. Identificación del niño no inmunizado*, págs. 266-268.

La erradicación del sarampión persiste como el mayor desafío de la salud pública. Las comunidades altamente inmunizadas continúan aún con una tasa de frecuencia elevada de esta enfermedad. En 1970 se evaluó que más del 90% de la población de Saskatoon estaba inmunizada contra el sarampión o ya lo había tenido. Durante este mismo año un estudio epidemiológico informó de 306 casos de sarampión. Decidimos entonces estar más atentos en cuanto al número y a la concentración de niños "casos posibles" de nuestra comunidad. Considerando que un "caso imposible" era el punto central de un grupo de interrelación, creimos que la identificación de este niño sería nuestra referencia para el despistaje de los otros "casos posibles" de este mismo grupo. Sabíamos por los registros de salud si nuestro niño de referencia estaba inmunizado o no. Nuestra hipótesis era la siguiente: si diferentes grupos en interrelación se encontraban dispersos en el seno de la población, ¿podríamos encontrar una diferencia entre la tasa de "casos posibles" que habían estado en contacto con nuestro niño de referencia y la tasa de casos posibles que habían estado en contacto con un niño ya inmunizado?. De hecho existe una diferencia significativa. En el nivel de los programas contra el sarampión, debería hacerse un esfuerzo con el fin de identificar los "casos posibles" y verificar si, en su familia, o en el entorno, la inmunización es necesaria. Otros programas de salud podrían sacar provecho de este método de identificación.

NEUMANN, P. W., y WEBER, J. M.: *Reevaluación del estado inmune a los virus del sarampión, paperas y de rubeola en la población de Canadá sometida a la encuesta de salud y en la población de refugiados de Indochina*, págs. 270-272.

La prevalencia de los anticuerpos del sarampión, de las paperas y de la rubeola fue determinada en ciertos grupos de población en Canadá mediante técnicas de hemólisis radial simple (HRS), de fijación del complemento (FC) y de inhibición de hemaglutinación (IH). El test IH permitió determinar que la reactividad al sarampión de los sujetos de la encuesta de Salud de Canadá (ESC) y de los refugiados indochinos (RI) admitidos en Canadá en 1980 era diferente: Los resultados obtenidos eran en efecto del 53% en el primer grupo (ESC) y del 62% en el segundo (RI). La evaluación de la reactividad a la misma enfermedad, medida entre los dos mismos grupos de sujetos,

pero esta vez por el método HRS dió resultados mucho más elevados (95 y 99% respectivamente). La reactividad a las paperas medida por el test FC dió resultados del 43% entre el primer grupo, y del 80% entre los dos grupos. En relación con los sujetos de la Encuesta de Salud de Canadá, más de dos veces más de refugiados indochinos de edades entre 20 y 34 años (principal período de procreación) no estaban, según el resultado de las pruebas IH, inmunizados frente a la rubeola (las tasas eran respectivamente de 8 y 21% en los dos grupos). Contrariamente a ciertos datos publicados señalando una equivalencia de los resultados serológicos obtenidos para la rubeola por los métodos HRS e IH, estos nuevos datos obtenidos por la técnica HRS dejaban entrever que las pruebas FC y IH efectuadas para encontrar los anticuerpos de las paperas y del sarampión, habían ampliamente subestimado la inmunidad real de las poblaciones muestreadas.

WARNET, y col.: *Consumo de alcohol en mujeres saludables: relación con la actividad de la transferasa gammaglutámica. Volumen corpuscular medio y estado hormonal*, págs. 285-288.

Las relaciones entre gamma-glutamyl-transferasa (GGT), volumen corpuscular medio (MCV) y el consumo de alcohol parecen menos claras entre las mujeres que en el hombre, estando la actividad GGT ligada a la edad en la mujer pero no en el hombre, hemos investigado las razones de estas diferencias subdividiendo un grupo de 362 no embarazadas, de edades comprendidas entre 18 y 76 años, en tres categorías: las que no toman contraceptivos orales (NOC), las que los toman (OC) y las mujeres menopáusicas (PM). En el grupo MOC, GGT y MVC están ligados al consumo de alcohol con la misma intensidad que en el hombre. Entre las mujeres menopáusicas no existen relaciones entre el consumo de alcohol y los parámetros estudiados.

COUET, S., y col.: *Correlación entre la satisfacción de vivir, la percepción del estado de salud y las actividades entre las personas de edad*, págs. 289-293.

Este estudio de correlación tiene por objetivo verificar las relaciones entre ciertos tipos de actividades, la percepción del estado de salud y la satisfacción de vivir entre personas de edad de más de sesenta años. La muestra se compone de 102 sujetos escogidos al azar en una población de personas jubiladas, en medio urbano, viviendo en un marco de vida natural.

Los resultados de los análisis estadísticos muestran que una relación lineal, altamente significativa existe entre la percepción de salud ($r = 0,62$) y la satisfacción de vivir. Además entre estos tres tipos de actividades, las actividades informales son las que dan la mayor satisfacción de vivir con un coeficiente de correlación de ($r = 0,42$).

Respecto a estas mismas variables, el análisis de regresión permite decir que en este estudio, la percepción del estado de salud explica en el 38% de los casos la satisfacción de vivir mientras que las variables actividades no añaden más que un 8% a este primero.

Se concluyó en este estudio que la percepción de la salud de la persona de edad así como sus actividades con la familia, los amigos, los vecinos, están en relación positiva con la satisfacción de vivir.

WARNER, H. A., y cols.: *Estado inmunitario de los trabajadores sanitarios en relación con la Hepatitis B: Investigación de un Hospital Regional en New Brunswick*, 314-317.

Un grupo de trabajadores de la salud de un hospital regional del Nuevo Brunswick ha sido analizado en relación con los marcadores de la Hepatitis B con el objetivo de inmunizar a las personas expuestas con la nueva vacuna, muy costosa. Cerca del cien por cien de las personas juzgadas como expuestas en nuestro establecimiento colaboraron en este estudio. Encontramos que, en general el riesgo de infección de Hepatitis B es mínimo. Concluimos que el análisis preliminar y la utilización de vacunas deberían ser reservados a los individuos más expuestos.

ALLISON, D. J.: *Giardiasis. Una investigación reciente*, págs. 318-320.

Una encuesta reciente sobre un cierto número de casos de giardiasis en una municipalidad de Saskatchewan no ha podido revelar la fuente de la enfermedad. Se pueden plantear cuestiones sobre el sistema de notificación de las enfermedades pues solamente como consecuencia de una investigación activa se han podido obtener los datos sobre los diferentes casos. Fue por azar el hecho de que durante la encuesta se encontrara que el operador encargado del aprovisionamiento de agua de la municipalidad interpretaba incorrectamente los resultados del test. Es posible que el agua fuera clorada de manera inadecuada, desde hacía un cierto tiempo. Parece que había más casos de giardiasis que los declarados.

CIRCULAR FARMACÉUTICA, julio-sept. 1984

BERNAL, F. J.: *Aproximación de mutágenos en los alimentos y sistemas de ensayo más frecuentes*, págs. 175-196.

Se realiza una revisión de los principales agentes mutágenos que pueden encontrarse en los alimentos (contaminantes, compuestos naturales, aditivos, etc.), así como un breve comentario sobre los sistemas de ensayo de mutagénesis más usuales.

EDUCACION MÉDICA Y SALUD, julio-sept. 1984

TORRES DE GALVIS, Y.: *Nuevas orientaciones de la epidemiología*, págs. 238-259.

El artículo presenta una visión panorámica de las perspectivas de la epidemiología y de sus aplicaciones futuras, de acuerdo con las nuevas orientaciones. Tuvo como base los documentos presentados al Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología (Buenos Aires, noviembre de 1983), Revisa en esa forma la aplicación de la epidemiología en los servicios de salud, la integración de la epidemiología y la administración de salud, la epidemiología aplicada a la evaluación, así como al control y vigilancia de las enfermedades, la investigación epidemiológica y la formación de recursos humanos en epidemiología. A través de todo el trabajo se destaca la necesidad de reorientar las actividades de la epidemiología de manera que ésta pueda utilizarse como un mecanismo ideal para el mejoramiento de los servicios de salud y el logro de la salud para todos.

KISIL, M.: *Residencia médica en administración hospitalaria*, págs. 288-298.

La creciente complejidad de la asistencia médica organizada obligó a incluir en los planes de estudio de medicina, el campo de la administración de hospitales y sistemas de salud como medio de formas profesionales capaces de investigar, analizar y determinar las necesidades de salud de la comunidad, obtener y utilizar eficientemente los recursos para atenderlas y fomentar las actividades que contribuyan a su bienestar. Con este objetivo en mente, el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo (Brasil) instituyó el Programa de Estudios Avanzados en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud (PROAHSA) mediante el cual se procura, durante la residencia médica, complementar la formación de los médicos recién graduados, proporcionándoles las condiciones necesarias para desempeñarse como administradores de servicios públicos. Durante este programa de dos años de duración, el médico residente tiene la oportunidad de adquirir conocimientos directos de los servicios prestados por la organización de salud, familiarizarse con sus objetivos y problemas y comprender su dinámica, además de ejercitar su iniciativa personal en el establecimiento de programas. El primer nivel del programa se destina a dar al residente una sólida formación básica, el segundo a que adquiera conocimientos especializados, estudiando profundamente los conceptos, métodos y técnicas utilizados en la administración y organización de los servicios de salud. Aplicando el concepto de investigaciones sobre servicios de salud, el programa exige que el residente prepare estudios para complementar las investigaciones biomédicas y clínicas con distintos métodos de prestación de servicios, utilización de recursos y movilización y utilización de mano de obra para organizar la atención médico-hospitalaria.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGIA CLÍNICA, julio-agosto 1984

TURABIAN, J. L., y cols.: *Estudio de 6 casos de Kala-azar en el área sanitaria de Talavera de la Reina (Toledo)*, págs. 161-164.

Se revisan retrospectivamente 6 casos diagnosticados de kala-azar en una zona endémica durante los años 1982-1983 en base a la tasa de ingresos hospitalarios del único centro del área estudiada, lo que supone una prevalencia mínima de 1,30/100.000 habitantes año, frente a la nacional para 1982 de 0,12. Los pacientes procedían de una zona rural con huertas próximas a ríos y refirieron contacto con animales descritos como reservorios. La sintomatología, hallazgos físicos y analíticos típicos, presentan todos fiebre, hepatoesplenomegalia, anemia, linfocitosis relativa, trombopenia e hiperglobulinemia, a pesar de lo cual transcurrió una media de 64 días hasta el comienzo del tratamiento útil. Estos datos sugieren un aumento de los casos observados, lo que dentro de la dificultad diagnóstica que ello supone podría implicar un incremento de la importancia del reservorio humano.

Noviembre-Diciembre 1984

CALICO, I., y cols.: *Infecciones por virus respiratorio sincitial. Aspectos virológicos*, págs. 242-248.

El virus respiratorio sincitial es el agente infeccioso más frecuente en la patología del lactante y la primera infancia. Se han estudiado 204 enfermos, todos ellos lactantes con procesos infecciosos del árbol respiratorio importantes, sembrándose 346 muestras (214 extensiones faríngeas, 113 extensiones nasales, 18 cepillados bronquiales y un aspirado bronquial) en cultivos celulares, así como 73 muestras de suero de 56 pacientes por medio de la reacción de fijación de complemento antiviral respiratorio sincitial (VRS). En este artículo se exponen solamente los resultados relacionados con el VRS, aislándose en 56 muestras pertenecientes a 47 enfermos (39 extensiones faríngeas, 12 tomas nasales, 4 cepillados bronquiales y un aspirado bronquial). De las líneas celulares utilizadas la más útil ha sido de Hep₂, en la que al séptimo día ya se había detectado efecto citopático característico de VRS en el 80% de los pacientes positivos. En el estudio serológico sólo se observaron dos seroconversiones. Las razones más importantes de esta notable superioridad del cultivo sobre la serología han sido la dificultad de tomas de muestras de suero en la fase de convalecencia y la poca reactividad serológica en estos pacientes.

ENVIRONMENTAL SCIENCE AND TECHNOLOGY, enero 1984.

CUDDIHY, R. G., y cols.: *Riesgos para la salud de los vehículos diesel*, págs. 14A-21A.

Las emisiones de partículas de vehículos con sistema diesel son significativamente más altas que las de los vehículos de gasolina que usan combustible sin plomo. Hay dos preocupaciones relacionadas con la inhalación de altas concentraciones de partículas. Primero, pueden causar alteraciones funcionales respiratorias y aumentar la susceptibilidad a infecciones debido a sus propiedades tóxicas. Segundo pueden aumentar nuestro riesgo de desarrollar cáncer de tracto respiratorio porque contienen compuestos químicos mutágenos y carcinógenos. Como las concentraciones de partículas de vehículos diesel no exceden de $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$, incluso en zonas urbanas muy congestionadas, no deberían causar por sí mismas síntomas de enfermedad respiratoria. Sin embargo, combinadas con emisiones de partículas de otras procedencias los vehículos diesel podrían contribuir substancialmente a los niveles totales de contaminación por partículas en las zonas urbanas. En consecuencia, los niveles ambientales en estas zonas pueden exceder las normas de calidad del aire y causar aumento correspondiente de trastornos respiratorios. El riesgo de cáncer de pulmón por inhalación de partículas de escapes de diesel se estimó comparando su capacidad carcinógena con otras sustancias que se han demostrado cancerígenas para el hombre. Estimamos que los niveles de exposición esperados en zonas urbanas congestionadas podrían aumentar el riesgo de cáncer de pulmón de una persona en un pequeño porcentaje pero que la causa más importante de cáncer de pulmón en una población seguirá siendo el fumar cigarrillos. En general, los vehículos diesel se espera que causen menos de 200 cánceres de pulmón por año en la población de Estados Unidos. Sin embargo, la información de que se dispone actualmente es insuficiente para excluir la posibilidad de que no se puedan atribuir cánceres de pulmón a las emisiones de vehículos diesel.

Marzo 1984

HELZ, G. R., y cols.: *Modificaciones químicas del agua de un estuario por una planta de energía que usa cloración continua*, pág. 192.

Un estudio a lo largo de una estación en una importante planta de energía eléctrica en el estuario Patuxent M. D., indicó que más del 88% del cloro aplicado (22-38 UN) desaparecía dentro de la planta, el resto se destruía en una manera aproximada por una ley de tasa de primer orden ($T^{1/2} = 0,6-4,6 \text{ h}$). Se observaron generalmente aumentos de nitrógeno disuelto (contrario a la química de punto de ruptura convencional) y pérdidas de manganeso disuelto, entre los canales de entrada y salida. El

nitrógeno producido puede haberse derivado del nitrógeno de partículas (p. ej. microorganismos) o del nitrógeno orgánico disuelto. Sólo se observaron trazas de trihalometanos, pero hubo pruebas de un penacho de descarga de > 6 Km de largo que contenía bromocarbonos coloidales. La casi ausencia de trihalometanos se cree que es el resultado de la desaparición extremadamente rápida de oxidantes halógenos libres. Los sedimentos del canal de salida estaban notablemente enriquecidos en cobre, probablemente de los tubos de condensador de Cu90 Ni10, pero se observó un aumento despreciable más allá del canal de salida.

Abril 1984

HACKNEY, J. D. y cols., *Valoración de los efectos sobre la salud de la contaminación del aire*, págs. 115A-122A.

La exposición controlada de voluntarios humanos a contaminantes del aire puede proporcionar la definitiva evidencia científica de los riesgos para la salud que es esencial para apoyar las decisiones de políticas reguladoras de la calidad del aire. Sin embargo, los estudios controlados sólo son aplicables a exposiciones a corto plazo con efectos temporales y moderados. Las exposiciones largas y sus efectos deben investigarse a través de la toxicología animal y epidemiológica. Para aumentar la comprensión de los riesgos de contaminación atmosférica deben establecerse relaciones entre los efectos biológicos a corto y a largo plazo y entre diferentes campos de investigación. Entre los numerosos contaminantes estudiados en exposiciones controladas sólo O_3 y SO_2 han demostrado claros efectos adversos sobre el sistema respiratorio a concentraciones que es probable que se alcancen en el aire ambiental contaminando. El más claro efecto del O_3 es irritación del tracto respiratorio inferior que se desarrolla y resuelve lentamente. Esta respuesta es más o menos proporcional a la dosis total de O_3 . La gente que hace mucho ejercicio y por tanto respira profundamente durante periodos prolongados parece la más susceptible. El típico efecto del SO_2 , constricción de las vías bronquiales, se ha observado en concentraciones de exposición semejantes al ambiente sólo en asmáticos que hacían ejercicio. Este efecto se desarrolla rápidamente y se resuelve en general rápidamente con descanso. Su intensidad parece estar en proporción más con la tasa de la dosis que con la dosis total del SO_2 . La niebla ácida ha preocupado recientemente por sus posibles efectos sobre la salud. Estudios controlados en personas proporcionan un medio de enfocar esta preocupación pero deberían ser precedidos por estudios de vigilancia de la atmósfera y por el desarrollo de una nueva metodología de exposición.

BRANDER, S. M., y cols.: *Espumas radioactivas para purificación del aire*, págs. 224-230.

El uso de espumas para eliminar contaminantes gaseosos del aire ha sido investigado. El ácido sulfhídrico, el formaldehído y el acetaldehído pueden absorberse eficazmente es una espuma que contenga sustancias que reaccionen químicamente con el contaminante gaseoso. La influencia de las características de la espuma sobre la absorción de gas se ha estudiado para una única lámina de líquido continuamente fluente. El formaldehído, el acetaldehído y el propionaldehído se usaron como compuestos modelo. Se encontró que la estructura química del agente espumante no influyó sobre la tasa de absorción del gas. Para alcanzar una absorción eficiente de gases ligeramente solubles, fue necesario usar una tasa alta de renovación de la capa líquida. La presencia de una fase líquida-cristalina en la capa aumentó la solubilidad de las moléculas gaseosas hidrofóbicas.

GALICIA-CLINICA, julio-agosto 1984

BRAVO, M., y cols.: *Estudio piloto de la muestra de detección precoz de errores innatos del metabolismo congénito en Galicia en los años 1981-82*, págs. 404-425.

Se comunica la situación actual del Plan Preventivo de Subnormalidad en Galicia. Se destaca la importancia del mismo, que a corto plazo el objetivo es que es preciso elevar las cifras globales de análisis y la precocidad de muestreo, proponiéndose el tratamiento informativo en las conclusiones.

HEALTH EDUCATION QUARTERLY, julio-sep. 1984

ROCELLA, E. J., y WARD, E. W.: *El Programa Nacional de Educación sobre Hipertensión: descripción de su utilidad como un programa genérico modelo*, págs. 225-242.

El Programa Nacional de Educación sobre Hipertensión celebró su décimo aniversario. Es tiempo, y parece adecuado valorar el progreso hacia la realización de su misión y examinar los elementos críticos de este programa de intervención en gran escala basado en la comunidad. Este artículo describe el origen del Programa Nacional, el proceso de planificación y los modelos usados para emprender este esfuerzo nacional de educación sanitaria, la aplicación de modelos teóricos y los enfoques usados para evaluar el esfuerzo. Se ofrecen las lecciones aprendidas y la aplicación del Programa Nacional como un modelo de intervenciones en educación sanitaria.

CARLAW, R. W., y cols.: *Organización de un Programa Comunitario de Salud Cardiovascular: experiencias del Programa de Salud Cardíaca de Minnesota*, págs. 243-252.

La OMS ha destacado la importancia de la participación comunitaria como la clave de la atención primaria de salud y de hacer frente a su objetivo de salud para todos. Este artículo se refiere a los tres primeros años de experiencia en un enfoque basado en la comunidad hacia el problema cardiovascular. El proyecto implica a sus comunidades que totalizan un cuarto de millón de habitantes con comunidades ajustadas para comparación. Una amplia estructura de voluntariado proporciona una colaboración dinámica con el grupo de investigación de educación para proporcionar oportunidades de aprendizaje y favorecer situaciones para la práctica de estilos de vida sanos para el corazón en toda la comunidad. El objetivo del proyecto es demostrar la reducción de la mortalidad y de la morbilidad por las intervenciones educativas. El modelo de intervención participativa sugiere una alternativa factible para la práctica futura de la salud pública.

INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, abril-junio 1984.

SHEIMAN, A.: *Tendencias cambiantes en la caries dental*, págs. 142-7.

En los países subdesarrollados el número de caries dental está creciendo a una tasa aterradora mientras que en los países desarrollados la tasa de caries ha disminuido en cerca del 40% en los últimos 10 años. En 1982, por primera vez el chico medio de 12 años en los países subdesarrollados, donde viven el 80% de los niños del mundo, tiene una mayor puntuación de caries dental (cariados, ausentes, obturados, CAO) que el de los países industrializados. El aumento de caries está asociado con el aumento del consumo de azúcar. Para 1984, el consumo de azúcar en los países subdesarrollados se predice que excederá al de los países industrializados: el descenso de la caries está asociado con la amplia disponibilidad de pasta dentrífica fluorada, con los cambios de pauta y cantidad de consumo de azúcar y posiblemente con el frecuente uso de antibióticos. El descenso ha sido mayor en las zonas de suministro de agua fluorada. Las tendencias en las tasas de caries dental tienen importantes consecuencias sanitarias. Incluyen la necesidad urgente de una política alimentaria que limite el consumo de azúcares refinados, políticas para asegurar la disponibilidad de flúor, una reducción del número de dentistas en los países industrializados, el mayor uso de terapéuticas dentales y un aumento del intervalo entre controles dentales de dos o más años.

MARMOT, M. G.: *Alcohol y cardiopatía coronaria*, págs. 160-7.

Se revisan los datos sobre dos cuestiones: ¿aumenta la fuerte ingestión de alcohol el riesgo de cardiopatía coronaria (cc)? y ¿protege la ingestión moderada?. Los alcohólicos reconocidos y los bebedores problema tienen un riesgo de cc aumentado y en Inglaterra hay una correlación entre 22 ciudades, entre la proporción de bebedores fuertes en una ciudad y la mortalidad por cc. De siete estudios longitudinales revisados, uno muestra que los bebedores fuertes tienen una incidencia mayor de cc. Una asociación inversa entre consumo de alcohol y la mortalidad por cc se vé en comparaciones internacionales y en las tendencias en tiempo en E.U. De seis estudios caso-control revisados en Inglaterra y E.U., todos muestran una asociación inversa entre la cc y el consumo de alcohol que persiste después de controlar otros factores de riesgo. Estudios longitudinales en japoneses, americanos, hombres y mujeres blancos americanos, funcionarios británicos, portorriqueños, yugoslavos y australianos, todos muestran que los bebedores moderados tienen un riesgo menor de cc que los abstemios. Los abstemios diferían de los bebedores moderados en muchas cosas. Hasta ahora no ha sido posible mostrar que ninguna de estas diferencias sean responsables del mayor riesgo de cc de los abstemios. El efecto protector aparente no es grande ($RR = 0,5$) pero la consistencia de la asociación y la existencia de posibles mecanismos aumenta la posibilidad de que la asociación negativa sea causal. Sin embargo, si la ingestión de alcohol aumentara en la población, las consecuencias sociales y médicas serían grandes. No se recomienda, por tanto, una ingestión mayor como medida comunitaria de prevención de la cc.

HALFON, S. T., y cols.: *Hábito de fumar y niveles de lípidos en adultos de diferentes orígenes étnicos. El programa de la Clínica de Investigación de Lípidos de Jerusalem*, págs. 177-183.

Se examinó la relación entre el hábito de fumar cigarrillos y los lípidos y lipoproteínas de plasma en una muestra al azar de adultos, 1.115 varones y 563 hembras participantes en el Programa de las Clínicas de Investigaciones de Lípidos de Jerusalem. Se demostró que había diferencias en los lípidos y lipoproteínas plasmáticas, el hábito de fumar, el consumo de alcohol y el índice de masa corporal entre los cuatro grupos por país de origen en ambos sexos. Usando el análisis de regresión múltiple lineal, se mostró una asociación inversa entre el fumar y el colesterol HDL, sólo significativa en mujeres ($p \leq 0,001$). Posibles variables que podían confundir, el índice de Quetelet de masa corporal, el consumo de alcohol, la edad y los grupos por países de origen, revelaron sólo un débil efecto sobre la asociación fumar-colesterol HDL. El examen de una interacción entre el grupo de origen y el fumar mostró la misma asociación entre el fumar y el nivel de lípidos en cada uno de los cuatro grupos por país de origen y en ambos sexos. Se encontró una fuerte asociación entre el fumar y el colesterol LDL sólo en mujeres ($p < 0,01$). Los triglicéridos y el colesterol VLDL mostraron una débil asociación con el hábito de fumar en este estudio.

WEATHERALL, J. A. C., y cols.: *Evaluación de sistemas de información para vigilancia de malformaciones congénitas*, págs. 193-196.

Muchos sistemas de registro de malformaciones congénitas en niños se han desarrollado después de la epidemia de la talidomía de 1958 a 1962. Los sistemas establecidos para vigilar los aumentos de las tasas de malformaciones han sido de tres tipos principalmente: (1) registro prospectivo de información sobre todos los embarazos, (2) el registro de malformaciones observadas al nacer, (3) el registro de niños que se vió que estaban malformados al nacer o en cualquier período después del nacimiento. Este último tipo implica muchas fuentes de información. La colaboración internacional en esta vigilancia ha llevado al establecimiento de un Registro de Sistemas de Vigilancia de Defectos al Nacimiento y al Proyecto de Acción Concentrada con la CEE, EUROCAT. Se discuten las ventajas de estos dos proyectos. Se muestra que los resultados de los registros basados en la población tales como los incluidos en EUROCAT pueden usarse para evaluar los resultados de sistemas que realizan vigilancia al nacer.

CHERRY, N., y WALDRON, H. A.: *La prevalencia psiquiátrica en trabajadores con solventes en Gran Bretaña*, págs. 197-200.

Usando datos originalmente recogidos en Gran Bretaña como parte del estudio de la morbilidad en la práctica general en 1970-71, hemos hecho una estimación de la prevalencia de afecciones psiquiátricas menores entre trabajadores expuestos a solventes orgánicos. No se han encontrado diferencias entre las tasas de consultas por enfermedades mentales en ningún grupo expuesto al solvente ni masculino ni femenino. Tampoco se ha encontrado diferencia en la prevalencia de afecciones mentales entre trabajadores expuestos y no-expuestos a solventes cuando examinamos los datos de dos estudios más pequeños.

SANTORO, R. y cols.: *Epidemiología del sarampión en Italia*, págs. 201-209.

Como preparación a un programa masivo de vacunación, se determinó el estado inmunitario al sarampión en más de 8.300 niños de 0 a 13 años, residentes en ocho ciudades italianas con diferentes situaciones socioeconómicas y localizaciones geográficas. La edad correspondiente al 50% de prevalencia de inmunes resultó ser intermedia (2,9-5,5 años) entre la declarada por los países industrializados (6-7 años) y la de los países en desarrollo (1-2 años). El 50% de prevalencia de la inmunidad natural se alcanzó a una edad menor en las ciudades del Sur en que prevalecen condiciones higiénicas y socioeconómicas peores, la aparición más temprana del sarampión en estas zonas se confirmó por un estudio serológico más detallado de los niños en los primeros 24 meses de vida. En los niños de 2-13 años, los resultados serológicos mostraron que la historia de sarampión declarada por los padres en cuestionarios dió altos valores predictivos positivos (más de 85%). Nuestro estudio seroepidemiológico

muestra que, en base a las edades del 25 al 75% de prevalencia de inmunes, la población diana para un programa de vacunación masiva en Italia puede ser entre 12 meses y 7 años. Sin embargo, debe prestarse especial atención a las zonas más pobres, especialmente en el sur de Italia, en que el sarampión se da antes y puede ser particularmente grave.

CHOI, B. C. K., y HOWE, G. R.: *Aspectos metodológicos en estudios de casos-control: II, Estadísticas de Pruebas como medida de eficiencia*, 229-234.

La ratio de estadísticas de pruebas se ha usado para comparar la eficiencia de diseños ajustados y no ajustados y análisis estratificado y conjuntado para estudios caso-control. El índice se ha computado para una amplia gama de condiciones de la población y se llega a la conclusión de que: (a) el análisis conjuntado es siempre más eficiente que el análisis estratificado cuando esta conjunción lleva a una estimación válida del riesgo relativo, (b) la pérdida de eficiencia por el ajuste puede ser importante en la clásica situación de ajuste excesivo, (c) en la confusa situación cualquier diseño puede ser más eficiente pero en general la diferencia es pequeña. Estos resultados apoyan la pretensión de que el ajuste raramente está justificado en los estudios caso-control.

POTTER, J. D., y McMICHAEL, A. J.: *Alcohol, cerveza y cáncer de pulmón, ¿Hay una relación significativa?*, págs. 240-242.

Se revisa la evidencia epidemiológica que relaciona el consumo de alcohol y el cáncer de pulmón. Cuatro estudios de correlación han mostrado una relación entre consumo de alcohol, especialmente cerveza y el cáncer de pulmón. El consumo de cerveza fue un factor de riesgo en un estudio caso-control. Ocho de diez estudios prospectivos muestran que los alcohólicos y los grandes consumidores de alcohol tienen un mayor riesgo de cáncer de pulmón. No todo el mayor riesgo en estos estudios es explicable en términos de la confusión debida al consumo de tabaco. Hay alguna evidencia en animales que apoya los efectos del alcohol sobre la probabilidad de desarrollar cáncer de pulmón.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA, marzo 1984

FUENMAYOR DE CORVATA, I, y cols.: *Detección por inmunofluorescencia de anticuerpos para citomegalovirus en mujeres embarazadas*, págs. 3-10.

Se estudiaron 299 muestras de suero de embarazadas cuyas edades estuvieron comprendidas entre 15 y 44 años. Dichas muestras fueron obtenidas entre julio

de 1980 y junio de 1981 de pacientes a término de gestación, hospitalizadas en la Maternidad Armando Castillo Plaza y de pacientes remitidas a diferentes edades de gestación a la Sección de Serología del Hospital Universitario de Maracaibo por médicos obstetras de la localidad. En cada una de esas muestras se investigó la presencia de anticuerpos para Citomegalovirus mediante la prueba de Inmunofluorescencia indirecta. Los resultados obtenidos demostraron que 138 pruebas (46,2%) fueron positivas a la dilución 1:16 y 161 (53,8%) fueron negativas a esta misma dilución. En la investigación realizada en el presente estudio, encontramos que el 40% de las embarazadas del grupo etario de 15-19 años mostraron anticuerpos y que este porcentaje se elevó al 48,9% en el grupo etario de 30-44 años.

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 15 junio 1984.

HINNAN, A. R., y cols.: *Tosferina y vacuna antitosferina. Reanálisis de beneficios, riesgos y costos*, págs. 3.109-3.113.

Usando la información publicada recientemente hemos examinado la experiencia de una hipotética cohorte de un millón de niños seguidos desde su nacimiento hasta los 6 años de edad sin programa de vacunación antitosferina y con él. Los costos asociados con muerte o pérdidas de salarios no fueron estimados. Un programa de vacunación que alcanzara al 90% de los niños podría reducir la incidencia de enfermedades y los costos relacionados con la enfermedad en un 90%. Teniendo en cuenta los costes asociados con la vacuna y con las reacciones a la misma, los costos se reducirían en 82%. La relación de costes totales sin programa y con programa es de 5.7:1. La relación coste-beneficio es 11,1:1. Como no se incluyen costes indirectos, esto es una estimación conservadora. El único camino que parece prudente seguir hasta que se dispongan de mejores vacunas es continuar el uso de nuestras presentes vacunas con cuidadosa atención a las posibles contraindicaciones.

6 julio 1984

KAUFMAN, D. W., y cols.: *"Uso no contraceptivo de estrógenos y riesgo de cáncer de mama*, págs. 63-67.

Se investigó la relación entre riesgo de cáncer de mama y uso de estrógenos no contraceptivos en un estudio hospitalario de 1.610 mujeres con cáncer de mama y de 1.606 mujeres con otras afecciones. La estimación de riesgo general relativo para estrógenos conjugados tomados por primera vez al menos 18 meses antes del ingreso, comparado con quienes no usaron nunca estrógenos no contraceptivos, fue de 0,9

(95%, intervalo de confianza, 0,7-1,1). Para otros estrógenos tomados por primera vez al menos 18 meses antes del ingreso, la estimación fue de 0,8 (0,6 a 1,1). Los resultados fueron semejantes cuando se tomaron en consideración los factores de riesgo conocido para el cáncer de mama. Entre las mujeres postmenopáusicas los estrógenos conjugados no parece que aumenten el riesgo de cáncer de mama incluso aunque se tomen durante muchos años o hace mucho tiempo. No hubo evidencia de riesgo mayor debido al uso de estrógenos conjugados entre subgrupos de mujeres definidos según los diversos factores de riesgo para el cáncer de mama. Los resultados de este estudio sugieren que los estrógenos no contraceptivos no aumentan el riesgo de cáncer de mama.

QUINNAN, G. V., y cols.: *Infecciones por virus herpes en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, págs. 72-77.

Las infecciones por virus herpes se estudiaron en personas con SIDA o con riesgo del mismo. Las infecciones diagnosticadas fueron las siguientes: pacientes con SIDA, citomegalovirus (CMV) en 34 de 34, virus Epstein-Barr (EBV) en 33 de 34, virus herpes simplex (HSV) en 8 de 34 y virus varicela-zoster en 4 de 34; pacientes con síndrome de linfadenopatía crónica, CMV, en 8 de 9 y EBV en 9 de 9; en varones homosexuales sanos, CMV en 5 de 13 y EBV en 7 de 8 casos. Las infecciones por CMV estaban frecuentemente relacionadas con enfermedad y muerte. Las infecciones con HSV son causas frecuentes de enfermedades graves en enfermos con SIDA. La prevalencia de infecciones por EBV y CMV en SIDA y el síndrome de linfadenopatía crónica pueden ser el resultado de una importante interacción entre estos virus y la causa del SIDA.

13 julio 1984

DEMETRIOU, E., y cols.: *Evaluación de un Inmunoensayo enzimático para detección de Neisseria gonorrhoeae en una población adolescente*, págs. 247-250.

Comparamos un método modificado de Gonozima, un inmunoensayo enzimático para detección de antígeno gonocócico en muestras urogenitales, con cultivo bacteriano de *Neisseria gonorrhoeae* en una clínica de adolescentes hospitalaria. En 839 pacientes estudiados, la prevalencia de gonorrea urogenital por cultivo fue de 14,3%. La sensibilidad del inmunoensayo fue de 90,0% y la especificidad fue 98,1%; los valores predictivos para una prueba positiva y otra negativa fueron de 88,5% y de 98,3%, respectivamente. La gonozima resultó muy exacta en 57 varones estudiados: la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos fueron del 100%. En 782 mujeres, la sensibilidad fue de 87,5%, la especificidad de 98,0%, el valor predictivo positivo, 85,7% y el valor predictivo negativo de 98,2%. Los pacientes con resultados falsos negativos con el inmunoensayo tenían menores recuentos de colonias en el cultivo. La gonozima es un sustituto aceptable del cultivo en varones y en mujeres o prevalencia alta o intermedia de gonorrea. Los resultados pueden tenerse a las tres horas.

20 julio 1984

GERSHON, A.: *Vacuna viva atenuada de varicela. Eficacia para los niños con leucemia en remisión*, págs. 355-362.

191 chicos susceptibles a varicela con leucemia en remisión fueron inmunizados con vacuna de varicela viva atenuada. Hubo evidencia serológica de una respuesta inmune en, aproximadamente el 80% después de una dosis y en más del 90% después de dos dosis. El efecto mayor colateral fue de una erupción de benigna a moderada, viéndose especialmente en niños mantenidos con quimioterapia, suspendida por una semana antes y una semana después de la vacunación. Los niños con erupción tenían más alto título de anticuerpos que aquéllos sin erupciones, pero aquéllos con erupciones estuvieron también a riesgo (10%) para transmitir virus vacuna a otros. 22 vacunados a continuación tuvieron en casa exposiciones a varicela o zoster. La tasa de ataque de varicela clínica en estos vacunados fue del 18%, significativamente más baja que la tasa de ataque que del aproximadamente 90% en personas susceptibles a varicela con exposiciones en el hogar. Todos los casos de enfermedad clínica fueron extremadamente leves, con un promedio de unas 50 vesículas. El carácter benigno de la enfermedad fue claramente diferente a la varicela de niños no inmunizados recibiendo quimioterapia por leucemia. La vacuna de varicela fue aproximadamente eficaz en un 80% para prevenir la varicela clínica en niños con leucemia y, completamente efectiva en la prevención de la varicela grave en este grupo de alto riesgo.

KRUGMAN, S.: *Hepatitis infecciosa. Evidencia de dos tipos de infección distintiva desde el punto de vista clínico, epidemiológico e inmunológico*, págs. 393-401.

La identificación de dos tipos de hepatitis infecciosa con rasgos distintivos clínicos, epidemiológicos e inmunológicos proporcionó una explicación de la aparición de los segundos ataques de esta enfermedad. Un tipo se parecía a la clásica hepatitis infecciosa (IH); se caracterizó por un período de incubación de 30 a 38 días, un período relativamente corto de actividad anormal de la transaminasa sérica (3 a 19 días), una turbidez al Tymol consistentemente anormal y alto grado de contagio. El otro tipo se pareció a la hepatitis sérica (SH). Se caracterizó por un período más largo de incubación (41 a 108 días) un período más largo de actividad anormal de las transaminasas (35 a 200 días) y una turbidez al Tymol relativamente normal. Contrariamente a los conceptos comúnmente aceptados, el tipo SH fue moderadamente contagiosa. Se probó más tarde que los pacientes con tipo SH eran más inmunes al mismo tipo. Los pacientes con el tipo SH no fueron inmunes a la infección tipo IH.

SHERLOCH, S.: *Hitos en la hepatitis vírica*, págs. 402-406.

La evolución en hepatitis vírica ha sido trazada desde la distinción de dos tipos MS1 y MS2 (A y B) por Saul Kuyman's y el descubrimiento del antígeno Australia de

Baruch S. Blumberg. La Hepatitis A ha sido desarrollada en cultivos de tejidos, la estructura del virus es conocida y la enfermedad aguda puede ser diagnosticada. El conocimiento de la biología molecular del virión más complejo de la Hepatitis B ha permitido el desarrollo de una efectiva vacuna y la distinción de estados replicativos y no replicativos de la infección. La integración en el hepatocito del virus de la Hepatitis B dentro del DNA del huésped es el precursor del cáncer de hígado. La infección de portadores de hepatitis B con tipo de agente infeccioso delta ha añadido una nueva dimensión al problema. Otras causas no identificadas de hepatitis han sido agrupadas como no A no B y éstas permanecen para ser definidas y diagnosticadas exactamente.

10 agosto 1984

CROUSE, S. F.: *Ingestión de Zinc y valores lipoproteínicos en hombres sedentarios y adiestrados en resistencia*, págs. 785-787.

Los hallazgos de que las altas dosis (160 mg) de Zinc rebajan el colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad nos estimuló a estudiar el efecto de las bajas dosis de suplemento de zinc sobre los valores lipoproteínicos en hombres sedentarios y adiestrados en resistencia. 21 hombres adiestrados en resistencia y 23 hombres sedentarios recibieron o placebo ó 50 mgs de sulfato de zinc diariamente durante dos semanas. A pesar del hecho de que el zinc del plasma se incrementó en un 15%, el colesterol de lipoproteínas de alta densidad de plasma en ayunas, el colesterol total, el colesterol de las lipoproteínas de baja densidad y los niveles de triglicéridos no cambiaron en respuesta a la ingestión de zinc. Concluimos que el suplemento de bajas dosis de zinc no afecta a los valores de grasas o lipoproteínas ni en los hombres sedentarios ni en los hombres adiestrados en resistencia.

17 Agosto 1984

LUFF, y cols.: *Encefalitis toxoplásmica en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, págs. 913-917.

Una epidemia de casos de encefalitis toxoplásmica está ocurriendo en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los estudios serológicos o hispatológicos fueron realizados sobre 70 casos con SIDA y encefalitis toxoplásmica. En muchos casos tinciones convencionales de muestras de tejido cerebral no revelaban los organismos del toxoplasma. Todas fueron positivas cuando se teñían por la técnica de peroxidasa- antiperoxidasa. Excepto para un sólo paciente los títulos

serológicos no fueron indicativos de una aguda infección adquirida. La tasa de títulos en la prueba de aglutinación a títulos en la prueba de tinción de Sabin-Feldman pareció ser más predictiva de encefalitis toxoplásmica activa en pacientes con SIDA que cualquier otra prueba aislada. Se presenta un enfoque para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con SIDA sospechosos de encefalitis toxoplásmica basado en los datos histológicos y serológicos.

24/31 agosto 1984

ROSSI, A., y cols.: *Descubrimiento de nuevas reacciones adversas a las drogas. Revisión del sistema de declaración espontánea de la FDA*, págs. 1.030-1.033.

Recientemente varios estudios de sistemas de declaración espontánea (SRS) han informado sobre el papel de la literatura publicada en la producción de primeras declaraciones de nuevas reacciones adversas a drogas. Con el fin de facilitar más información sobre otros componentes del SRS, el SRS de la Administración de Drogas y Alimentos fue examinado, respecto a su efectividad y eficiencia en la identificación de nuevas reacciones adversas a la droga y la forma, estabilidad y oportunidad de la comunicación de reacciones adversas a drogas para la comunidad médica. Aunque existe evidencia de que la literatura es más efectiva para producir primeras declaraciones de nuevas reacciones adversas de la droga para los años comparados, hay razón para concluir que la SRS de la FDA fue capaz de hacer una contribución al proceso de alerta. Además la participación directa de los médicos generales a la SRS de la FDA se veía como la fuente de informes de nuevas reacciones adversas a las drogas que se obtenía con más eficiencia por la FDA.

HERBERT, PM., y cols.: *Metabolismo de las lipoproteínas de alta densidad en corredores y en hombres de vida sedentaria*, págs. 1.034-1.037.

Estudiamos el metabolismo de lipoproteínas de alta densidad (HDL) en 5 hombres entrenados que corrían 16 Km diariamente y 5 hombres inactivos. Los corredores eran más delgados y su capacidad para ejercicios aeróbicos era mucho mayor. El nivel medio de colesterol HDL fue 65 mg/dl en los corredores y 41 mg/dl en los controles. Las clases ricas en lípidos HDL eran responsables de una mucho mayor proporción de HDL en corredores (49% contra el 29%). Los estudios de trazado con yodo radioactivo autológico HDL demostraron que los corredores no producían más proteínas HDL pero las catabolizaban menos. La vida media biológica de las proteínas HDL fue por término medio de 6,2 días en los corredores comparado con 3,8 días en los hombres sedentarios. La actividad de la lipasa lipoproteínica fue superior al 80% en el plasma de los corredores heparinizado mientras que la actividad de la hidrolasa hepática triglicérida fue 38% más baja. Por lo tanto la prolongada supervivencia de las proteínas HDL en el plasma en corredores puede derivarse de una transformación aumentada de lípidos a HDL por la lipasa lipoproteica o por una eliminación disminuida de HDL por la lipasa hepática.

MARKS, J., y cols.: *Urticaria por contacto y obstrucción de las vías respiratorias por papel de copia sin carbón*, págs. 1.038-1.040.

Una mujer de 27 años de edad con molestias de prurito, irritación en ojos, garganta, ronquera, respiración entrecortada y fatiga entre media y una hora de exposición a papel de copia sin carbón. En dos ocasiones distintas hicimos a propósito una prueba en un método ciego controlado con porciones de papel de copia sin carbón. En ambas ocasiones se produjo urticaria de contacto de la mano que sujetaba el papel y cambios en la curva de flujo de volumen de fluido en la función pulmonar, característico de la obstrucción de las vías aéreas altas. Para determinar si las alteraciones en el metabolismo de las prostaglandinas podían explicar estos hallazgos fueron medidas en plasma PGF_{20} y Tromboxana B_2 (ambas capaces de causar estos síntomas) antes y durante el segundo período de exposición. Ambos PGF_{20} y el Tromboxana B_2 se incrementaron sustancialmente. Concluimos que los síntomas respiratorios y cutáneos inducidos por papel de copias sin carbón estaban, probablemente, relacionados con la liberación de PG.

7 septiembre 1984

MERTZ, G., y cols.: *Ensayo doble ciego controlado con placebo Acyclovir oral en el primer episodio de infección genital por virus herpes simplex*, págs. 1.147-1.151.

119 pacientes con un primer episodio de herpes genital primario y 31 pacientes con uno no primario, fueron tratados durante 20 días con cápsulas de 200 mgs de acyclovir o capsulas de placebo, por boca y 5 veces por día. Entre los receptores de acyclovir con herpes genital primario, la duración media de la eliminación del virus (dos días), tiempo de encostramiento de todas las lesiones (siete días), tiempo de cicatrización de todas las lesiones (3 días), fueron más cortas que entre los receptores de placebo (9, 10, 16, 7 y 6 días respectivamente). Entre los pacientes con primer episodio no primario de herpes genital, el acyclovir oral acortó la duración media de la eliminación del virus pero no hubo efecto significativo sobre la duración de lesiones o síntomas. El tiempo para la primera recurrencia y frecuencia de recurrencias fue similar en los pacientes tratados con acyclovir y con placebo. El tratamiento oral de acyclovir del primer episodio primario de herpes genital acorta la duración de la eliminación de virus y los síntomas y acelera la cicatrización pero no parece influir en recurrencias genitales subsecuentes.

ELCH, y cols.: *Hallazgo de autopsia en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida*, págs. 1.152-1.159.

Fueron revisados los informes médicos, las muestras de biopsia premortem y los materiales de autopsia de 36 pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (SIDA). La mayoría de los pacientes eran hombres homosexuales. Se vió el sarcoma de Kaposi con muchas metástasis en 8 pacientes, mientras que el tumor se limitó a la piel en 10 o más. Cuatro pacientes tenían linfomas muy evolucionados. 35 de los 36 pacientes tenían al menos una infección oportunista, en algún punto en el curso de su enfermedad. Muchos pacientes tenían múltiples agentes infecciosos. El hallazgo de la autopsia más coherente e impresionante fue una depleción severa del tejido linfoide. La muerte en la mayoría (83%) de los pacientes fue atribuible a infecciones oportunistas que afectaban más comúnmente al tracto respiratorio (64%) y las meninges (11%). Tres pacientes (9%) murieron con el sarcoma de Kaposi, con muchas metástasis y hemorragias secundarias.

JAPAN HOSPITALS, julio 1983

TAKEUCHI, M.: *El efecto de una dieta baja en calorías sobre la calidad y cantidad de la leche materna*, págs. 57-64.

La primera razón por la que muchas madres en Japón no pueden alimentar al pecho a sus hijos es debida a un insuficiente flujo de leche, siendo la segunda el trabajo de la madre. De los resultados de nuestra encuesta sobre padres de madres jóvenes y sus propias madres se deduce que las madres jóvenes sufren por escasez de leche, aunque toman más calorías y proteínas animales desde el comienzo del puerperio. Nuestra dieta experimental se planteó de tal modo que las calorías se redujeran a 1,200 reduciendo a la mitad el consumo de proteínas y grasas. Como resultado podríamos decir que en lo que se refiere a las primíparas, esta dieta promueve definitivamente la cantidad de leche. Respecto a los cambios en la calidad de leche por este método no hemos podido encontrar ningún cambio excepto el nivel del pH que era más ácido y realmente mucho más adecuado al gusto del niño. Además no pudimos observar ningún efecto negativo ni en la salud de las madres ni en la de los niños. El poner en práctica este método universalmente para todas las madres podría crear algunos pequeños problemas que hay que tener en consideración. Sin embargo, como estos problemas no son imperiosos realmente, nos gustaría recomendar este método especialmente para madres en países desarrollados donde muchas madres están hipernutridas.

JOURNAL OF SCHOOL HEALTH, agosto 1984.

HAMMONDS M. SCHULTZ B.: *Técnicas de Enseñanza para la educación de la sexualidad. Uso del profesor y preferencia del estudiante*, págs. 235-238.

Este informe identifica las técnicas de enseñanza utilizadas por 89 profesores de escuela secundaria y aquellas preferidas por 334 estudiantes de escuelas secundarias

cuando 20 temas de educación sexual fueron comentados en el aula de clase. Las técnicas de enseñanza utilizadas con más frecuencia por los profesores y preferidas por los estudiantes incluyeron amplios grupos de discusión, medios educativos, conferenciantes invitados, estudios de casos, lectura, pequeños grupos de trabajo y representación de papeles. Los datos encontrados indicaron que los amplios grupos de discusión eran los más a menudo empleados por los profesores y preferidos por los estudiantes cuando enseñaban aspectos sociales y emocionales de la sexualidad, nacimiento de los niños y control de nacimiento.

Fueron encontradas diferencias significativas entre las respuestas del profesor y el estudiante, usando el X^2 de independencia, para 16 de los 20 temas.

FALCK, V., y KILCOYNE, M.: *Un Programa de Promoción de la Salud para personal escolar*, págs. 239-243.

Los programas que proveen ayuda para la salud y bienestar del personal escolar son raros aunque la escuela pública, tradicionalmente está involucrada en la salud mental y física de los niños. Fue diseñado para personal escolar un programa de promoción de la salud que se centró en la ayuda a uno mismo, en el área del manejo de sí mismo, hacer frente y adaptarse, ejercicio y aptitud, nutrición y bienestar. Antes de que el programa empezara se llevó a cabo para documentar el tema una encuesta a profesores y administradores escolares sobre las conductas protectoras de la salud y el esfuerzo ocupacional percibido. Se puso en marcha un programa educativo orientado hacia la prevención que proporcionó monitores entrenados que influenciaron pequeños grupos de empleados para trabajar en el mantenimiento y mejora de su salud.

Los resultados indican que el personal escolar que encuentra criterios especificados pueden ser adiestrados para facilitar un programa de promoción de la salud dentro del ambiente de la escuela pública. También como un resultado del adiestramiento de los monitores del programa, los niveles de conocimientos, actitudes y ciertas conductas sanas de los participantes son influenciados significativamente.

Sin embargo, la posibilidad dependerá de un proceso social durante el cual los movilizados están dando la oportunidad de tomar decisiones convenientes al desarrollo del Programa. Un algorismo es útil para comunicar el proceso social de toma de decisiones a medida que se trasladan principios abstractos de evolución formativa en procedimientos concretos que asistirán a los planificadores para determinar la posibilidad de realizar un programa en una escuela.

WAGNER, B.: *Intervención con el adolescente implicado en abuso de sustancias*, págs. 244-246.

El problema del abuso de droga en la escuela y los efectos de deterioro del uso de drogas sobre la capacidad del estudiante para concentrarse, para permanecer incorporado

al trabajo en la escuela y para relacionarse con otros, ha sido bien documentado. Sin embargo la identificación del problema es solamente parte de la solución. La intervención una vez que el estudiante ha sido identificado como un "usuario" de una sustancia ilegal es el resto del problema. Los miembros del equipo de salud de la escuela están en una posición clave para intervenir y proceder alternativamente para los estudiantes y la familia.

LA PRESSE MÉDICALE. (ED. ESPAÑOLA), julio 1984.

CLAVEL, F., y BENHAMOU, S.: Deshabitación tabáquica. Comparación de la eficacia de diferentes métodos. Resultados de un estudio comparativo, págs. 339-341.

Se está realizando un estudio comparativo que pretende valorar la eficacia de diferentes métodos de deshabitación tabáquica. Este estudio se refiere a la comparación del porcentaje de sujetos que dejaron de fumar en un mes y a la evolución de este porcentaje durante 12 meses en tres grupos: un grupo tratado con acupuntura, un grupo tratado con chicle de nicotina y un grupo testigo. Los resultados del análisis parcial se refieren al 45% del número total de sujetos necesarios y no han permitido objetivar diferencias significativas entre el grupo testigo y uno cualquiera de los otros dos grupos. Sigue la inclusión de sujetos voluntarios en el estudio.

MEDICINA ESPAÑOLA, julio-agosto 1984

SANCHIS-BAYARRI, y cols.: Valor predictivo y eficiencia de la prueba de hemaglutinación pasiva en la detección de anticuerpos anti-treponema pallidum, págs. 223-226.

En 182 muestras de suero se han practicado las pruebas de la hemaglutinación pasiva (MHA-TP) y el VDRL. Los resultados de este estudio indican que para las muestras analizadas, la prueba MHA-TP es una prueba superior al VDRL para el diagnóstico de la sífilis. Su sensibilidad es de 89,06% frente al 78,1%, la especificidad es del 99,1% frente al 98,3%, el valor predictivo de la prueba positiva es del 98,2% frente al 96,1% y el de la prueba negativa es del 94,3% frente al 89,2%, y finalmente, la eficiencia es también superior del 95,6% frente al 91,2%. No obstante, los signos y síntomas clínicos evaluaron el diagnóstico de sífilis, que no debe descartarse sobre la base de los resultados de una sola muestra de suero.

PEDIATRICS. (ED. inglesa), junio 1984

WHITE, K., y cols.: *Diabetes inestables y familias inestables: una evaluación psico-social de niños con cetoacidosis recurrente diabética*, págs. 749-755.

Para investigar los factores físicos asociados con el control de diabéticos lábiles, 30 niños y adolescentes y con cetoacidosis diabética recurrente fueron incluidos en una revisión longitudinal retrospectiva que cubría un período de 8 años. Los detalles de los episodios de cetoacidosis y las características psicosociales de los pacientes y sus familias fueron recogidas del informe médico. Sólo una minoría de los episodios de cetoacidosis fueron manifiesta y exclusivamente relacionados con enfermedades intercurrentes o con mal seguimiento del tratamiento. Una mayoría de los sujetos estudiados vivían en familias con importantes disfunciones psicosociales, incluyendo conflictos interpersonales crónicos sin resolver, inadecuada relación entre los padres, madre ausente del hogar, problemas financieros y falta de familia consciente de la diabetes. Muchos de los niños presentaban problemas de conducta y personalidad. En la mayoría de los casos, había evidencia de que estas disfunciones existían antes del comienzo de la diabetes. Estos problemas psicosociales no fueron inmediatamente visibles en muchos casos. Así requerían más comprensión, valoración psicosocial y dedicación de un trabajador social y/o un psicólogo. El apoyo emocional continuado y el consejo fueron instrumentos de marcha atrás del patrón de cetoacidosis recurrente, en coordinación con la atención de todos los miembros del grupo diabético. Los hallazgos de esta experiencia sugieren que la cetoacidosis recurrente responde a la pronta evaluación de una perspectiva tanto psicosocial como física.

SABBETH, B.: *Ajuste del matrimonio a las enfermedades crónicas de los hijos: Una crítica de la literatura*, págs. 762-768.

Treinta y cuatro estudios de adaptación del matrimonio fueron seleccionados de la literatura sobre ajuste familiar a las enfermedades crónicas de los niños. Los estudios fueron revisados para determinar si las tasas de divorcio eran elevadas o los ajustes matrimoniales eran peores comparados con aquéllos de familias de niños sanos. De los 23 estudios que declaraban tasas de divorcio, sólo seis usaron un grupo de familias sin niños crónicamente enfermos para comparación. Estos estudios demostraron diferencias no significativas en las tasas de divorcio entre grupos. De los 23 estudios de ajustes matrimoniales, 83% investigaron malas relaciones matrimoniales. Cuatro de siete estudios con grupos comparados, demostraron que los problemas matrimoniales aumentaban en los padres de niños crónicamente enfermos. Otras áreas de ajustes matrimoniales, tal como comunicación, toma de decisiones y flexibilidad en los papeles, no han recibido casi ninguna atención de los investigadores. Se cuestiona si el divorcio o los problemas son un indicador adecuado de ajustes matrimoniales en general. Nuevas estructuras son necesarias para comprender la relación entre divorcio, angustias y otras importantes áreas de los ajustes matrimoniales con la enfermedad crónica de los niños.

FERGUSSON, D. M.: *Relaciones de los sucesos de la vida familiar, Depresión materna y problemas de crianza de los hijos*, págs. 773-776.

Las relaciones entre los informes de las madres de los problemas de la crianza de los hijos, acontecimientos de la vida familiar y síntomas de depresión materna han sido estudiados en una cohorte de nacimientos en niños de Nueva Zelanda. Las tasas de problemas de crianza de los niños demostraron un constante aumento tanto con los niveles de acuerdo de los sucesos en la vida familiar como con los síntomas de depresión materna. Un modelo longitudinal de los resultados sugirió que la correlación aparente entre los sucesos de la vida familiar y los informes de los problemas de crianza en los niños era mediatizado por los efectos de la depresión materna así como que las mujeres sometidas a un número amplio de situaciones adversas a lo largo de la vida sufrían mayores tasas de depresión y como consecuencia informaban de más altas tasas de conductas problema en sus hijos. No hubo una correlación significativa entre los sucesos de la vida familiar y las declaraciones de los problemas de crianza de los hijos cuando los efectos de los síntomas de la depresión materna fueron tenidos en cuenta. Los hallazgos tienden a sugerir que la asociación, previamente, entre los sucesos de la vida provocan síntomas depresivos en las mujeres y, en consecuencia ésto altera la forma en la cual perciben o valoran la conducta de sus hijos.

ROGHMANN, K., y cols.: *Problemas de Salud Mental de los niños: Análisis de un registro acumulativo de casos psiquiátricos*, págs. 781-790.

La creación de centros de salud comunitaria ha traído un marcado aumento en el tratamiento de los problemas mentales de los niños, especialmente para minorías. El número de niños que reciben atención y la prevalencia y la tasa de utilización por edad, sexo y raza desde 1960 y 1977 en un amplio condado metropolitano en la parte norte de Nueva York han sido previamente descritos. Para el niño, tiempo y comunidad, los episodios de cuidado por agrupamiento de diagnóstico, tipo y dureza del tratamiento y estado de salud al final de un episodio han sido ahora examinados. Un aumento en el tratamiento se produjo en dos áreas: trastornos, de situación y de conducta. El número de tratamientos por trastornos psicológicos, neuróticos y de la personalidad, permaneció estable. Trastornos afectivos y psicológicos emergieron como únicos problemas cualitativos, los cuales a menudo requerían tratamientos múltiples y predecían un gran compromiso de adultos. La duración media del tratamiento para todos los episodios fue de 110 días, 1/3 de los episodios tratados se asoció con una mejora del estado de salud. La mayoría de los contactos fueron para los primeros episodios, pero unos pocos pacientes tenían un número de episodios de tratamiento extraordinario. Se presenta una comparación con los problemas de salud mental vistos en la práctica pediátrica.

CHACKO, M. R., y col.: *Infección por Clamidia tracomatis en adolescentes activos sexualmente. Prevalencia y factores de riesgo*, págs. 836-840.

La prevalencia de la infección genital por *Clamidia tracomatis* fue estudiada en una población urbana adolescente sexualmente activa de Baltimore. Posibles factores de riesgo como la edad, historia pasada de enfermedades de transmisión sexual, número de compañeros sexuales, contacto con enfermedades transmisibles sexualmente, uso de contraceptivos orales e infecciones gonocócicas concomitantes fueron también evaluados. La prevalencia de la infección por clamidia en los 280 adolescentes estudiados fue 26%: 35% adolescentes madres, 27% mujeres adolescentes embarazadas y 23% mujeres adolescentes no embarazadas. La clamidia fue casi tres veces más prevalente que la gonorrea en la misma población. Edad, historia anterior de enfermedades transmisibles sexualmente, uso de contraceptivos orales y gonorrea concomitante no fueron significativamente asociadas con infección clamídica. Sin embargo múltiples compañeros sexuales habituales en contacto con enfermedades de transmisión sexual, síntomas genitourinarios y ectópica cervical estaban significativamente asociados con la infección por clamidias. Se realizaron pruebas para la infección clamídica en adolescentes urbanos, sexualmente activos que presentaban síntomas genitourinarios o cervicales ectópicos activos que tenían contactos con personas con enfermedades transmitidas sexualmente. Considerando el reservorio de infección en las mujeres adolescentes asintomáticas, el cribado para la infección por clamidias en las clínicas de planificación familiar fue garantizado.

Julio 1984

MURPHY, M. D., y cols.: *Efectos de la inmunización temprana sobre la respuesta de anticuerpos, la revacunación con vacuna sarampión demostrada por ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA)*, págs. 90-93.

Una epidemia de sarampión en S. Antonio, Texas, afectó a una población de niños que fueron inmunizados hacia < 10 meses de edad y reinmunizados a ≥ 15 meses de edad. En 302 niños se buscaron anticuerpos antisarampión por el método ELISA y sus respuestas fueron comparadas con las de 300 niños que habían sido inmunizados en el tiempo acostumbrado ≥ 15 meses con una única inmunización. Hubo solamente 5 hallazgos seronegativos en cada grupo. Los chicos inmunizados en el tiempo habitual tuvieron títulos de anticuerpos significativamente más altos $P < 0,001$ que los chicos inmunizados a 10 meses y reinmunizados a ≥ 15 meses. Estos resultados indicaron que la inmunización temprana seguida por reinmunización puede ser indicada cuando los niños están en riesgo significativo de exposición a sarampión.

Ese enfoque no debería crear un número incrementado de niños sin respuesta serológica cuando se revacunaran a ≥ 15 meses.

HASLAM, R., y col.: *Efectos de la terapéutica megavitamínica sobre niños en trastornos de la atención*, págs. 103-111.

Fue estudiada la afectividad de un régimen megavitamínico utilizando un ensayo en dos etapas en 41 sujetos con trastornos de atención. La primera etapa fue de 3 meses de ensayos clínicos de vitaminas (diariamente máximo: 3 grs de niacinamida y ácido ascórbico, 1-2 grs pantotenato cálcico y 0,6 grs de piridoxina). La segunda etapa se compuso de cuatro periodos de 6 semanas, método doble-ciego repetido en periodos transversales, 29% sujetos mostraron mejoras significativas de conducta durante la primera etapa y estos sujetos fueron usados en la fase de estudios transversal, doble-ciego, para evaluar la terapia megavitamínica. Usando el método de análisis de varianzas para estudios transversales no hubo diferencia significativa ($P < 0,5$) en la mayoría de los resultados de la conducta entre los niños que recibían vitamina y que recibían placebo, durante la segunda etapa. Los niños exhibían un 25% más de conductas perturbadoras en clase comparados con el grupo que había tomado placebo ($P < 0,01$). No hubo diferencias significativas en los niveles de piridoxina y ácido ascórbico entre los sujetos de experiencia y sujetos control. 42% de los sujetos excedieron los límites anteriores de niveles de transaminasa sérica mientras estuvieron recibiendo vitaminas. Se concluyó que las megavitaminas son inefectivas en el tratamiento de los trastornos de la atención y no deberían ser utilizadas a causa de su posible hepatotoxicidad.

ANDREW, M., y cols.: *Síndrome de Shock en chicos de 10 o menos años de edad*, págs. 112-117.

Se revisaron y se hizo informe médico de 7 de los ocho chicos de 10 o menos años de edad que habían tenido síndrome de Schock tóxico. Había 4 chicos y 3 chicas comprendidas entre las edades 5 5/12 a 10 8/12 años; los siete se ajustaron a la definición de caso de Schock de síndrome tóxico. Un chico murió. La enfermedad se caracterizó, generalmente, por fiebre seguida de eritroderma, molestias gastrointestinales e hiperemia de mucosas. Basado en la necesidad de oxígeno suplementario o ventilación mecánica las chicas tendían a cursar más levemente que los chicos. En cuatro de cuatro cultivos realizados, antes de instituir la terapéutica con antibióticos, el estafilococcus aureus creció en una o más localizaciones. Se encontró también un caso del síndrome de Kawasaki que tuvo múltiples aneurismas de arterias coronarias demostradas en seguimientos precoces y tardíos. El síndrome de Shock tóxico en estos niños fué similar a las descripciones de síndrome de shock tóxico en series de pacientes adultos, excepto en que, como grupo, los niños tuvieron una mayor incidencia de dificultades respiratorias.

PEDIATRICS (edic. españ.), julio 1984

DIANNE MURPHY, M., y otros: "Efecto de la inmunización precoz sobre la respuesta de anticuerpos a la reinmunización con vacuna del sarampión demostrada mediante la técnica ELISA", págs. 32-35.

Una epidemia de sarampión en San Antonio, Texas, proporcionó una población de niños que fueron inmunizados a < 10 meses de edad y reinmunizados a > 15 meses de edad. Trescientos dos de estos niños fueron estudiados para determinar sus títulos de anticuerpos frente al sarampión, mediante la sensible técnica del inmunoabsorbente ligado a la enzima (ELISA) y sus respuestas se compararon con las de 300 niños que habían sido inmunizados a la edad acostumbrada (> 15 meses) con una inmunización única. Sólo se encontraron 5 niños seronegativos en cada grupo. Los niños inmunizados en el momento acostumbrado presentaron títulos de anticuerpos significativamente más altos ($p < 0,001$) que los niños inmunizados a los < 10 meses y reinmunizados a los > 15 meses. Estos resultados indican que la inmunización precoz seguida de reinmunización puede estar indicada cuando los niños muy pequeños corren riesgo importante de sarampión. Este enfoque no provocará un incremento en el número de niños que no responden serológicamente cuando sean reinmunizados a los > 15 meses.

GOODMAN, R., y otros.: "Enfermedades infecciosas y guarderías infantiles", págs. 50-55.

El número de guarderías e instalaciones para la asistencia diurna de los niños ha aumentado de forma constante en los EE. UU. Recientemente ha despertado un gran interés la posible relación entre la asistencia a guarderías infantiles y la aparición de ciertas enfermedades infecciosas. Se han descrito diversos agentes infecciosos como causas de enfermedad en los niños y personal de las guarderías. Sin embargo, en general, no se ha establecido con estudios prospectivos el riesgo comparativo de estas infecciones en los niños que asisten o no a las guarderías. En el presente artículo se revisan los gérmenes patógenos que se han relacionado con infecciones aparecidas en este medio, se describen los patrones de presentación de enfermedades infecciosas en las guarderías, se comentan diversos aspectos del control y la prevención de estas enfermedades, se revisan las controversias existentes en cuanto a enfermedades infecciosas en las guarderías infantiles y se subrayan algunos aspectos de este problema que requieren una mayor investigación.

SARDA, P., y BARD, H.: "Gastrosquisis en un caso de gemelos dicigóticos: posible papel del consumo materno de alcohol", págs. 62-64.

La gastrosquisis se trata de una malformación congénita caracterizada por la evisceración del intestino a través de un defecto para-umbilical de la pared abdominal. Se

conoce muy poco sobre su etiología. Se ha descrito un aumento significativo de la incidencia de gastrosquisis durante las dos últimas décadas. Entre 1960 y 1969 la incidencia fue de 1/150.000, mientras que durante un período de 5 años desde 1970 hasta 1974 la incidencia aumentó hasta 1/6.000. Sin embargo no todos los estudios han detectado un incremento reciente en la incidencia de gastrosquisis. La mayoría de los casos han sido descritos en el primer embarazo de madres jóvenes (edad media, 19,5 años). Muy raramente se han sospechado factores hereditarios aunque hay informes de casos recidivantes en familias. La mayoría de los casos de gastrosquisis en gemelos no ha sido nunca descrita. Describimos la gastrosquisis en gemelos dicigóticos y comentamos el posible papel del consumo materno de alcohol en la etiología de la gastrosquisis.

PUBLIC HEALTH, julio 1984

CAREL, R. S.: *Presión sanguínea casual: su relación con varios factores de riesgos cardiovasculares en hombres de edad media*, págs. 209-215.

La relación entre la presión sanguínea casual y otros factores de riesgo cardiovascular en hombres de mediana edad presumiblemente sanos (entre edades comprendidas de 50-60 años) fue investigada en un estudio transversal. Se encontró que la gente con alta presión sanguínea casual (160 y/o 95 mm Hg) y que no tenían historia de anteriores enfermedades cardiovasculares eran más viejos, más pesados y tenían mayor frecuencia cardíaca y glucosa en sangre, fumaban más y tenían evidencia de L.V.H. sobre el E.C.G. que un grupo control que tenía la presión sanguínea casual normal o en el límite. Se concluyó que si bien se encontraba casualmente hipertensión en individuos aparentemente saludables ésta está asociada con mayor prevalencia y grado de ciertos parámetros de conducta física y bioquímica vistos en gente con cardiopatía isquémica.

MORRIS, R. W. y col.: *La conducta tabáquica y dietética de los escolares de Lanbeth. La relación entre conocimiento, actitudes y conducta*, págs. 225-232.

Como parte de un estudio diseñado para examinar el efecto de un programa de educación para la salud sobre escolares de 10 años, se obtuvo información sobre los conocimientos, actitudes y conducta de los chicos, concernientes a dos peligros para la salud: a saber, conducta tabáquica y obesidad. Un análisis transversal demostró que los niños que fumaban eran conscientes de los peligros del fumar para la salud como los no fumadores pero probablemente apoyaban con menor frecuencia las actitudes antitabaco. Ellos pensaban también más probablemente de sí mismos que eran "malos" y "tontos". Inversamente los niños que subsecuentemente adoptaban conductas tabáquicas eran menos consecuentes con los peligros para la salud de la

conducta tabáquica que aquéllos que permanecían como no fumadores. Hubo clara evidencia de que los niños obesos poseían más conocimientos nutricionales que los no obesos y sus actitudes hacia la dieta diferían poco. No se demostró relación entre ingesta energética declarada y la obesidad ni en el estudio transversal ni en el longitudinal. Las relaciones entre los conocimientos y actitudes hacia la nutrición y el desarrollo de la obesidad fueron investigados pero hubo sólo un hallazgo significativo, a saber que los chicos que identificaban afirmaciones correctas acerca de la nutrición engordaban menos que otros chicos.

MEADOWS, S. G.: *La prevención de la trombosis coronaria*, págs. 242-246.

Se ha examinado durante un período de dos años la influencia de un curso de educación para la salud sobre los efectos que causan trombosis coronarias, incluyendo la conducta tabáquica, dieta y falta de ejercicio. Al mismo tiempo, el peso, la presión sanguínea y los niveles de colesterol en sangre, han sido vigilados. Los resultados de la educación para la salud fueron satisfactorios pero los efectos físicos a largo término necesitan estudios adicionales.

REVISTA DE DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO, julio-agosto 1984

FERNANDEZ-LAGO, L., y DIAZ, R.: *Estudio epidemiológico de las relaciones antigénicas entre Brucella spp. y el serotipo 9 de Yersinia enterocolitica*, págs. 216-219.

El estudio antigénico de los extractos fenol-agua (fracción 5 y fracción 3) obtenidos de estirpes de *Brucella* y del serotipo 9 de *Yersinia enterocolitica*, demostró la existencia en todos ellos de moléculas de hapteno nativo inmunológicamente indistinguible. Asimismo, no se han encontrado diferencias antigénicas entre las moléculas de lipopolisacárido, presentes respectivamente en las fracciones acuosas y fenólica de *Brucella spp.*, y *Yersinia enterocolitica* serotipo 9.

GARCIA SABATER, J. F., y cols.: *Estudio comparativo de micro-ID y métodos bioquímicos convencionales para la identificación de enterobacterias aisladas de productos patológicos*, págs. 230-235.

Se realiza un estudio comparativo entre el micrométodo *micro-ID* (4 horas) y los métodos bioquímicos convencionales para la identificación de enterobacterias aisladas de productos patológicos. La concordancia con los métodos bioquímicos convencionales un *micro-ID* es del 97,6 por 100. Se discuten las ventajas e inconvenientes de la utilización de micrométodos.

REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, julio-agosto 1984

GONZALEZ FERNANDEZ, P., y cols.: *Estudio serológico-etiológico de 261 niños hospitalizados con enfermedades respiratorias agudas*, págs. 251-256.

Se ha realizado un estudio prospectivo de nueve meses de duración en un grupo de 261 pacientes de un mes a trece años de edad hospitalizados con enfermedades respiratorias agudas, que consistió en la determinación de anticuerpos para conocer los agentes microbianos responsables de las diversas enfermedades. Se han encontrado títulos elevados de anticuerpos o seroconversión significativa en 91 pacientes (34,8 por ciento). Los agentes implicados fueron: *Mycoplasma pneumoniae*, 26 casos (28,5 por ciento); adenovirus, 22 casos (24 por ciento); citomegalovirus, 13 casos (14,3 por ciento); virus respiratorio sincitial, 12 casos (13,2 por ciento); virus parainfluenza-3, nueve casos (10 por ciento); virus influenza A, seis casos (6,6 por 100), y virus influenza B, para influenza-1 y virus del sarampión un caso de cada uno (1,1 por 100, respectivamente). De los 26 casos observados de neumonía, 18 se debían a *Mycoplasma pneumoniae*, tres adenovirus y dos a virus respiratorio sincitial. De los 24 casos de bronquitis, ocho estaban producidos por adenovirus, cinco por virus respiratorio sincitial y cuatro por virus parainfluenza-3. De los 24 casos de rinoфаринgitis, siete se debieron a adenovirus, cuatro a virus influenza-A y tres a virus respiratorio sincitial. De los 11 casos de bronquiolitis, seis se debían a citomegalovirus y tres a *Mycoplasma pneumoniae*. De los nueve casos de laringitis, tres se debieron a adenovirus y tres a virus parainfluenza-3.

MOREIRAS-VARELA, O., y cols.: *La alimentación en la escuela y en el hogar de niños madrileños: estudio piloto*, págs. 257-266.

Estudiamos el estado nutritivo, juzgado por la adecuación de la dieta a las recomendaciones de los escolares entre seis y dieciséis años, de dos colegios de la provincia de Madrid, uno de régimen de internado en el que viven niños procedentes de familias marginadas y en el que reciben su dieta completa, y un colegio nacional, en el que los escolares realizan solamente una comida al día. En este último se estudia también la dieta consumida en el hogar, para la evaluación completa del estado nutritivo. Para el control de los alimentos ingeridos en el comedor escolar se utilizan dos técnicas "hojas de balance" y "pesada individual". En el hogar se empleó la de "cuestionario de registro de alimentos". El tiempo de duración de la encuesta osciló entre siete y diez días. Todos los alimentos son transformados en energía y nutrientes. El consumo medio de proteínas, grasa, hidratos de carbono, fibra, calcio, iodo, magnesio, tiamina, riboflavina, equivalentes de niacina, ácido fólico y vitaminas B₁₂, C, A, y, en ambos colegios es adecuada. Existe un déficit en el consumo de energía y de zinc en parte de los niños del internado y de hierro en las niñas de diez a dieciséis años del colegio nacional.

BAUTISTA, A., y cols.: *Accidentes domésticos por agentes caústicos en nuestro medio*, págs. 276-282.

Se realiza una revisión retrospectiva de 191 niños atendidos por ingestión de un caústico. La causticación esofágica estuvo presente en el 9,95 por 100. No se observó correlación entre los síntomas clínicos y la existencia de lesiones cutáneas mucosas orales con la presencia o no de causticación esofágica y con el grado de la misma. Se concluye que la esofagoscopia precoz es imprescindible en todo niño que ha ingerido un caústico, con el fin de determinar la existencia de quemadura esofágica.

THE LANCET. ED. EN ESPAÑOL, julio 1984

CRISP, A. H., y cols.: *Infarto de miocardio y estado emocional*, págs. 51-54.

Dentro de la población general, los individuos destinados a sufrir infarto de miocardio poseen un carácter más obsesivo y pesimista que los demás/ Asimismo durante el año previo al infarto están más tristes y presentan síntomas atribuibles a la ansiedad, disminución de la libido y fatiga, sin que ello pueda relacionarse con la presencia de angina u otros trastornos físicos. También manifiestan no tener miedo de sufrir una enfermedad incurable. En el presente estudio, el sistema de puntuación derivado de la valoración de las respuestas al cuestionario CrownCrisp Experimental Index ha permitido identificar correctamente a las dos terceras partes de los individuos que iban a sufrir un infarto inminente y establecer una clasificación de los casos de infarto/no infarto con un 81,5% de certeza. El valor potencial de este método debe evaluarse ahora en un estudio prospectivo. Durante el año siguiente al infarto, los supervivientes controlados en el presente estudio han mostrado elevadísimos rasgos de inquietud y de retraimiento social.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 9 agosto 1984

KLEIN, R. S., y cols.: *Candidiasis oral en pacientes de alto riesgo como manifestación del SIDA*, págs. 354-8.

Estudiamos la frecuencia con que la candidiasis oral inexplicada llevó a un síndrome de SIDA en pacientes en riesgo. Veintidos adultos previamente sanos con candidiasis oral inexplicada, de los que los 2 examinados tenían una ratio T4/T8 invertida y 20 tenían linfadenopatía generalizada, se compararon con 20 pacientes semejantes con una ratio T4/T8 invertida y linfadenopatía generalizada que no tenían candidiasis oral. Todos eran drogadictos por inyección, hombres homosexuales o

bisexuales o ambos. Trece de los 22 pacientes con candidiasis oral (59%) adquirieron una infección oportunista importante o sarcoma de Kaposi a una media de tres meses (de 1 a 23) en comparación con ninguno de 20 pacientes con linfadenopatía generalizada e inmunodeficiencia pero sin candidiasis que fueron seguidos por una media de 12 meses (de 5 a 21) ($P < 0,001$). El SIDA se desarrolló en 12 de 15 pacientes de 4 ratios iguales o superiores a 0,60 ($P < 0,01$). Llegamos a la conclusión de que en pacientes con alto riesgo de SIDA, la presencia de candidiasis oral inexplicada predice el desarrollo de serias infecciones oportunistas en más del 50% de las veces. No se sabe aún si el resto tendrá SIDA.

23 agosto 1984

STEVENS, C. E., y cols.: *Vacuna de la hepatitis B en pacientes que recibían hemodiálisis. Inmunogenicidad y eficacia*, págs. 496-501.

Evaluamos la inmunogenicidad y la eficacia de la vacuna de la hepatitis B (Heptavax-B) en un ensayo al azar doble-ciego, controlado por placebo que implicó a 1.311 pacientes que recibían hemodiálisis en los Estados Unidos. Después de que tres dosis de vacuna (40 μ g cada una) se administraron, el 63% de los pacientes tenían anticuerpos. Después de corregir la posible transferencia pasiva de los anticuerpos por transmisión sanguínea, sólo el 50% de los receptores de vacuna se consideró que respondieron a la vacuna. La incidencia de infección por virus de la hepatitis B durante los 15 meses del ensayo fue mucho menor que lo que se había anticipado y era virtualmente la misma en los receptores de vacuna y de placebo (6,4 y 5,4 por ciento, respectivamente). Cuatro casos de hepatitis B ocurrieron en pacientes que tenían una respuesta de anticuerpos aparente a la vacuna, pero en cada caso los anticuerpos habían alcanzado niveles bajos o indetectables antes que el antígeno de superficie de la hepatitis B fuera detectado o el paciente hubiera recibido terapia inmunosupresiva. Este estudio no demostró la eficacia de la vacuna en una población de pacientes que recibían diálisis en que tanto la tasa de respuesta de anticuerpos a la vacuna de la hepatitis B y la tasa de ataque vírico fue baja. Otras medidas para controlar la transmisión del virus de la hepatitis B en unidades de diálisis, incluyendo la vigilancia del antígeno de superficie de la hepatitis B y el aislamiento de pacientes que eran positivos al antígeno, debe continuarse.

WILHELMSSEN, L., y cols.: *El fibrinógeno como un factor de riesgo del ictus y del infarto de miocardio*, págs. 501-5.

Para estudiar los posibles efectos de riesgo de enfermedades cardiovasculares, recogimos datos sobre niveles de plasma en factores de coagulación, presión sanguínea,

colesterol en suero y hábito de fumar en una muestra al azar de 792 hombres de 54 años de edad. Durante 13,5 años de seguimiento, se produjo infarto de miocardio en 92 hombres, ictus en 37 y muerte por otras causas en 60. La presión sanguínea, el uso de tabaco, el colesterol sérico y el nivel de fibrinógeno medidos en el examen inicial se vió que eran factores significativos de riesgo para el infarto por análisis univariantes durante el seguimiento, y la presión sanguínea y el fibrinógeno fueron factores de riesgo para el ictus. El fibrinógeno y el fumar estaban fuertemente relacionados entre sí. La relación entre fibrinógeno e infarto y entre fibrinógeno e ictus se hizo más débil cuando la presión sanguínea, el colesterol sérico y el hábito de fumar se tomaron en consideración, pero siguió siendo significativa para el ictus. Aunque la casualidad no puede inferirse de estos datos, es posible que el nivel de fibrinógeno juega una parte importante en el desarrollo del ictus y del infarto de miocardio.

CASSILETH, B. R., y cols: *Estado psicosocial en la enfermedad crónica. Un análisis comparativo de seis grupos de diagnóstico*, págs. 506-11.

Las suposiciones de que los atributos psicológicos son específicos de determinados diagnósticos caracterizan muchas investigaciones de pacientes crónicamente enfermos. Estudiamos 758 pacientes, cada uno de ellos tenían una de seis enfermedades crónicas diferentes, para determinar y comparar sus puntuaciones en el Índice de Salud Mental. Cinco grupos de pacientes físicamente enfermos (con artritis, diabetes, cáncer, nefropatía o trastornos dermatológicos) no difirieron significativamente uno de otro del público en general, pero todos tenían puntuaciones más altas para el estado psicológico cuando se comparó con el sexto grupo, pacientes en tratamiento con depresión. Hubo una significativa relación directa entre puntuaciones más altas de salud mental y el avance de la edad a través de todas las poblaciones de pacientes. Los pacientes con enfermedades recién diagnosticadas en todos los grupos tenían peores puntuaciones de salud mental que los pacientes cuya enfermedad había sido diagnosticada más de cuatro meses antes. Se observó una relación directa entre el estado físico en declive y las puntuaciones de salud mental. Estos resultados sugieren que la adaptación psicológica entre pacientes con enfermedades crónicas es notablemente efectiva y fundamentalmente independiente del diagnóstico específico.

VIROLOGIE, abril-junio 1983

ATHANASTU, P., y cols.: *Múltiples infecciones víricas e inframicrobianas detectadas por reacción de inmunofluorescencia en células exfoliadas de pacientes con enfermedades oculares o respiratorias*, págs. 83-87.

Se investigó la presencia de antígenos víricos (herpes 1 y 2, influenza A y B, parainfluenza 1, 2 y 3 y adenovirus) e inframicrobianos (*Chlamydia*, *R. burneti* y micoplasma)

por la reacción de inmunofluorescencia indirecta en células exfoliadas de 107 pacientes con enfermedades oculares crónicas y 77 pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Se detectaron antígenos víricos o inframicrobianos solos o asociados en el 80% de los primeros y en el 60% de los segundos. La proporción de infecciones múltiples fue de un 60% en ambos grupos de pacientes.

CAJAL, N., y cols.: *Tendencias en el diagnóstico rápido de las infecciones víricas*, págs. 131-149.

Los autores discuten diferentes aspectos del diagnóstico rápido de las enfermedades víricas: su necesidad, sus características, los recientes avances que han permitido el desarrollo de técnicas modernas. Además revisan las principales categorías de procedimientos usados para el diagnóstico rápido: 1) microscopia electrónica; 2) técnicas de inmunofluorescencia e inmonuperoxidadas; 3) sistemas en fase sólida con reactantes marcados; 4) aglutinación con particular soporte; 5) contraimmunoelectroforesis; 6) diagnóstico serológico rápido/precoz. Se discuten datos respecto a la posibilidad de la aplicación en gran escala de procedimientos de diagnóstico rápido en Rumania.

Julio-agosto 1983

ANTOHI, S., y cols.: *Alteraciones inducidas por policationes de la superficie de cubierta de los virus influenza y parainfluenza*, págs. 163-166.

Los policationes macromoleculares naturales (protamina, histonas H1, H2A, H2B y H3) causaron la agrupación de virus influenza y parainfluenza en agregados heterogéneos en tamaño, así como un descenso de su capacidad de hemaglutinación. Las alteraciones víricas inducidas por policationes consistieron en picnosis superficial y un aumento de la densidad de electrones en los viriones. Las histonas nucleosómicas internas mostraron ser las más eficaces respecto a la interacción con los virus.

DANIELESCU, G., y cols.: *Efecto del interferon sobre líneas celulares tumorales y transformadas por los virus*, págs. 167-175.

La acción inhibitoria del crecimiento celular del interferon de rata (IFN) se investigó en dos sistemas: una línea celular obtenida por transformación de fibroblastos de embriones de rata bajo la acción de una mutante ts de virus herpes simple y una línea celular tumoral derivada de tumores inducidos en ratas por células transformadas. El efecto inhibitorio del crecimiento del IFN evaluado por recuento celular y formación de colonias en medio de agar blando, dependía de la tasa de crecimiento celular

y formación de colonias en medio de agar blando, dependía de la tasa de crecimiento celular exponencial y de la concentración de IFN en el medio. El subcultivo a largo plazo de las dos líneas celulares en presencia de IFN no resultó en la selección de una población celular resistente al efecto inhibitorio del crecimiento del IFN, pero llevó a un descenso de la potencia oncogénica de la línea celular tumoral.

SABAN, M., y cols.: *Marcadores serológicos de infecciones por hepatitis B y A en la población sana*, págs. 197-201.

La prevalencia de los marcadores serológicos del virus de la hepatitis B (HBV) y de anticuerpos al virus de la hepatitis A (HAV) se determinaron por radioinmunoensayo en 200 sujetos sanos. 107 personas (53,5%) fueron positivas para al menos un marcador de HBV. La prevalencia de cada marcador fue: HBsAg-9,0%, anti-HBs sólo 2,0%, anti-HBc sólo 2,5%, anti-HBs y anti-HBc-29,0%, HBsAg y anti-HBc 11,0%. Se encontró evidencia de infección previa con HAV en 155 personas (77,5%); tres de ellas tenían anti-HAV tipo IgM. Estos hallazgos indican que en el área investigada la infección HAV es endémica y la infección HBV tiene tendencia a la endemidad.

Octubre-Diciembre 1983

CERNESCU, C., y MILEA, St.: *Epidemiología de la panencefalitis subaguda esclerosante (PESE) en Rumanía entre 1976 y 1982*, págs. 239-250.

El análisis de 415 casos de PESE detectados entre 1976 y 1982 mostraron una incidencia anual relativamente alta de esta enfermedad: 5-6 casos por millón de habitantes. Se observaron grupos de casos de PESE en ciertos condados de Rumanía. El comienzo de PESE se producía en la mayoría de los casos a los 6-7 años (sólo 6% de los casos se detectaron en niños de más de 10 años); la duración media del intervalo entre sarampión agudo y el comienzo de la PESE fue de 4-5 años. Los siguientes factores de riesgo se evidenciaron en las historias de los pacientes: sexo masculino, sarampión agudo sufrido antes de la edad de 1-2 años, existencia de varios hermanos, largos intervalos pasados en ambiente rural o en comunidades de niños, contacto con animales domésticos. Durante los tres primeros años de su aplicación una vacunación antisarampiosa a escala nacional no tuvo efecto sobre la incidencia de PESE.

HOZOC, M., y cols.: *Transformación de células humanas diploides por el adenovirus tipo 4 irradiado con luz ultravioleta*, págs. 273-282.

La inoculación de adenovirus tipo 4 (Ad4) irradiados con luz ultravioleta (U-V) produjo una transformación *in vitro* de células humanas diploides (HD \dot{C}). Dos líneas

celulares transformadas pudieron establecerse: línea celular H 1418, de HDC inoculadas con dilución 10^{-3} de Ad4 irradiado con UV durante 20 minutos a una distancia de 20 cm, cocultivada con HDC no infectado y línea H 1557, de HDC inoculado con dilución 10^{-2} de Ad4 irradiado a la misma distancia durante 12 minutos. Ambas líneas celulares transformadas fueron resistentes a la supervivencia con virus homólogos. Antígenos específicos del virus pudieron demostrarse por la técnica de inmunofluorescencia indirecta en los núcleos de ambas células H 1418 y H 1557.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Servicio de Publicaciones