

# Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LIX

MAYO—JUNIO 1985

NUMS. 5-6

*Encuesta socio-sanitaria en un colectivo de prostitutas.*

**APELLANIZ A; MARTIN PASCUAL E; BARRANQUERO M y GOIRIENA DE GANDARIAS J..**

*Pautas terapéuticas en la meningitis bacteriana aguda.*

**ESTEVEZ E; MARTINEZ MARTIN P. y RAPUN J.L.**

*Estudio epidemiológico en manipuladores de alimentos de un hospital.*

**REVILLO PINILLA M.J. GARCIA MATA J.R.; MUNIESA CUENCA M.P;  
ARRIBAS LLORENTE J.L., SARASA CONCELLON J; SARRIA AMIGOT J y  
GARCIA MOYA J.B.**

*Salmonella: incidencia de especies y aspectos microbiológicos.*

**LOPEZ BREA M.; BAQUERO M. JIMENEZ M.L.; ENRIQUEZ A;  
DIEZ COLLAR M.C. y FADON A.**

*Toxicidad oral del aluminio en ratas durante un periodo prolongado.*

**LLOBET J.M. y DOMINGO J.L.**

*Certificado médico de defunción. Su fiabilidad*

**NAVA CABALLERO J.M.; HUGUET RECASENS M. y CARRASCO M.A.  
MILLAN GONZALEZ J.**

*Evolución de las ideas en relación con la configuración de la Medicina General como especialidad en el ámbito territorial de la C.E.G.*

*La libertad de establecimiento del Medico general en la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas*

**MATEU ISTURIZ J.F.**

*La educación para la salud en la educación permanente de adultos.*

*Una experiencia en el medio urbano.*

**GERVAS J; SERRANO M.R.; ELVIRA P y PEREZ FERNANDEZ, M.M.**

*Bases del Plan de Lucha antitabáquica de la Generalitat de Catalunya.*

**SALLERAS SANMARTIN L. y GILI MINER M.**

*La ceguera en una ciudad industrial: un análisis transversal.*

**VILLALBI-HERRETER J.R. y LOPEZ-VIÑAS, L.**

**PRENSA • LIBROS • REVISTA DE REVISTAS**



Boletín técnico de la Dirección General  
de Salud Pública



# Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LIX

MAYO-JUNIO 1985

NUMS. 5-6



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 Morrondo.  
Ilmo. Sr. Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas: D<sup>a</sup> Eloisa Bernal Añino

### SECRETARIO

Jefe de la Sección de Educación Sanitaria: D<sup>a</sup> Pilar Nájera Morrondo.

*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

IMPRENTA GRAFICAS SOLANA

## INDICE

Páginas

<i>Encuesta socio-sanitaria en un colectivo de prostitutas</i> APELLANIZ A.; MARTIN PASCUAL E; BARRANQUERO M y GOIRIENA DE GANDARIAS J. ....	587-629
<i>Pautas terapéuticas en la meningitis bacteriana aguda.</i> ESTEVEZ E; MARTINEZ MARTIN P. y RAPUN J.L. ....	631-639
<i>Estudio epidemiológico en manipuladores de alimentos de un hospital.</i> REVILLO PINILLA M.J; GARCIA MATA J.R.; MUNIESA CUENCA M.P; ARRIBAS LLORENTE J.L., SARASA CONCELLON J; SARRIA AMIGOT J y GARCIA MOYA J.B. ....	641-650
<i>Salmonella: incidencia de especies y aspectos microbiológicos.</i> LOPEZ BREA M; BAQUERO M; JIMENEZ M.L; ENRIQUEZ A; DIEZ COLLAR M.C y FADON A. ....	651-658
<i>Toxicidad oral del aluminio en ratas durante un periodo prolongado.</i> LLOBET J.M. y DOMINGO J.L. ....	659-666
<i>Certificado médico de defunción. Su fiabilidad.</i> NAVA CABALLERO J.M; HUGUET RECASENS M y CARRASCO M.A. ....	667-675
<i>Evolución de las ideas en relación con la configuración de la Medicina General como especialidad en el ámbito territorial de la C.E.E! La libertad de establecimiento del Medico general en la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas.</i> MATEU ISTURIZ J.F. ....	677-687
<i>La educación para la salud en la educación permanente de adultos. Una experiencia en el medio urbano</i> GERVAJ J; SERRANO M.R.; ELVIRA P. y PEREZ FERNANDEZ M.M. ....	689-703
<i>Bases del Plan de Lucha antitabáquica de la Generalitat de Catalunya.</i> SALLERAS SANMARTIN L. y GILI MINER M. ....	705-713
<i>La ceguera en una ciudad industrial: un análisis transversal.</i> VILLALBI-HERETER J.R. y LOPEZ-VIÑAS L. ....	715-724
Comunicados de prensa .....	725-756
Libros .....	757-761
Revista de revistas .....	763-809

## CONTENTS

Páginas:

<i>Social and health survey in a collective of prostitutes.</i> APELLANIZ A; MARTIN PASCUAL E; BARRANQUERO M.and GOIRIENA DE GANDARIAS J. ....	587-629
<i>Therapeutic schedules in acute bacterial meningitis.</i> ESTEVEZ E; MARTINEZ MARTIN P. and RAPUN J.L. ....	631-639
<i>Epidemiological study of food handlers in a hospital</i> REVILLO PINILLA M.J; GARCIA MATA J.R.; MUNIESA CUENCA M.P; AÑRIBAS LLORENTE J.L., SARASA CONCELLON J; SARRIA AMIGOT J and GARCIA MOYA J.B. ....	641-650
<i>Salmonella: incidence of species and microbiological aspects.</i> LOPEZ BREA M; BAQUERO M; JIMENEZ M.L; ENRIQUEZ A; DIEZ COLLAR M.C and FADON A. ....	651-658
<i>Oral toxicity of aluminium in rats during an extended period</i> LLOBET J.M. and DOMINGO J.L. ....	659-666
<i>Death certificate. Its validity</i> NAVA CABALLERO J.M; HUGUET RECASENS M and CARRASCO M.A. ....	667-675
<i>Evolution of the ideas related with the configuration of General Practice as a speciality in the area of the EEC. The liberty of the establishment of the General Practitioner in the jurisprudence of the Court of Justice in the European Communities.</i> MATEU ISTURIZ J.F. ....	677-687
<i>Health education in the continuous education of adults. An experience in the urban environment.</i> GERVAJAS J; SERRANO M.R.; ELVIRA P. and PEREZ FERNANDEZ M.M. ....	689-703
<i>Bases of the Plan of antismoking Programme of the Generalitat of Catalunya.</i> SALLERAS SANMARTIN L. y GILI MINER M. ....	705-713
<i>Blindness in an industrial town: a cross-sectional analysis.</i> VILLALBIHERETER J.R. and LOPEZ-VIÑAS L. ....	715-724
Press .....	725-756
Books .....	757-761
Abstracts .....	763-809

## **Encuesta socio-sanitaria en un colectivo de prostitutas**

APELLANIZ, A. \* ; MARTIN-PASCUAL, E. \* ; BARRANQUERO, M. \* ;  
GOIRIENA DE GANDARIAS, J. \*

Es difícil hallar datos exactos sobre la verdadera cuantía de los E.T.S., pero lo que sí se sabe es que prácticamente en todo el mundo occidental se ha asistido a una evaluación que se caracteriza por una gran cuantía de casos hacia el año 1947 para ir descendiendo hasta alcanzar las cuotas más bajas hacia el final de la década de los 50, a partir de aquí se inicia un ascenso progresivo que todavía continúa en nuestros días.

En 1968 se hizo una encuesta entre médicos de E.E.U.U. solicitándoles que recordasen cuantos casos de gonococia habían tratado y cuántos de ellos habían notificado, el resultado es que solo el 10% se declaraban. Unos años más tarde, 1974, se daban en E.E.U.U. cerca de 370.000 notificaciones de gonococias lo que implicaba que si se había mejorado el procedimiento de declaración, por lo menos se habían producido unas 3.700.000 gonococias. Las tasas máximas se dieron entre los 18-24 años algo similar a lo que ocurría en Europa y eran 9 veces menos frecuentes las sífilis en los blancos que en los no blancos y la blenorragia 14 veces menos frecuente en el colectivo blanco que en el resto, existiendo una correlación con la clase económica. En clases sociales más bajas la incidencia es mayor:

En clase I	0,6 % de sífilis	( 2% de población)
En clase II	20 % de sífilis	(10% de población)
En clase III	7,3 % de sífilis	(22% de población)
En clase IV	46 % de sífilis	(46% de población)
En clase V	52,50% de sífilis	(20% de población)

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

En el Reino Unido la blenorragia era 19 veces más frecuente en emigrantes que en autóctonos.

Otro estudio sobre este mismo tema se realizó en Francia; Martin Bouyer y cols. señalan que en 1970 en el hombre la gonococia aparecía por relaciones con prostitutas en el 15% y la sífilis en el 19% y por relaciones libres «raport libres» en el 80% de los casos de gonococias y en el 70% de las sífilis, mientras que en la mujer las relaciones libres eran las responsables del 45% de las gonococias y el 60% de las sífilis. Vanchese también recalca la escasez de declaraciones en esta patología.

De todo esto se ha responsabilizado a una serie de factores tales como la movilidad demográfica, el adelanto de la pubertad, el mayor poder adquisitivo, más ocio, turismo, consumo de alcohol y drogas, cambio de pareja, el uso creciente de los anticonceptivos orales, el menor uso del condón y del diafragma como contraceptivo, la pérdida del miedo a la E.T.S., la homosexualidad, la resistencia a los antibióticos, etc.

Pero hay algo que continúa teniendo vigencia y es la prostitución en especial en países como el nuestro en el que todavía no existe un control sanitario y por lo tanto esta fuente de infección, pese a la legislación, sigue siendo importante en especial para los varones y las prostitutas. Convendría señalar que por desgracia la evolución legislativa en España desde el punto de vista sanitario no ha sido muy afortunada ya que, si examinamos su desarrollo, se observa que en 1830 se dicta en Madrid una orden de confinamiento en el Barrio de las Huertas a las que ejerciesen la prostitución. En 1854 se encarga a tres médicos higienistas para que elaboren una reglamentación, pero, con motivo de la caída de los liberales, este proyecto no llega a cuajar. En 1865 el Gobernador de Madrid establece el primer Reglamento sobre prostitutas dividiéndolas en libres o que desempeñaban su actividad en su domicilio y fijas, que lo hacían en casas de prostitución exigiendo en éstas la práctica de dos controles semanales, con cartilla. Esta metódica se extendió en 1867 a Vigo, en 1870 a Sevilla y 1874 a San Sebastián.

En 1877 se organiza en Madrid el negociado Especial de Inspección de la Salubridad Pública que quedó dividido en Higiene de las nodrizas e Higiene de las prostitutas imponiéndose los 23 años como edad mínima para ejercer la prostitución y la práctica de dos controles sanitarios semanales. En 1904 se intenta organizar el servicio a nivel estatal a través de la Instrucción General de Sanidad, anteriormente se había pasado la competencia de los Gobiernos Civiles a las Juntas Municipales de Sanidad, en 1908 se hace una nueva reglamentación en la que se considera como imposible el que la prostitución desaparezca y se reconoce la necesidad de tolerarla y controlarla poniendo de ejemplo a los países desarrollados, se hace una división en prostitutas fijas y libres y se vuelve a considerar la edad mínima como los 23

años; hay que señalar que sin embargo este Reglamento no se publica en la Gaceta de Madrid por «la índole especial del asunto que se trata». En 1910 se redacta una reglamentación que asigna las labores de control a los médicos higienistas especializados y por oposición acompañándose de ejecución de controles semanales, ya aquí se habla de Dispensarios-Consultas. En 1918 se dictan nuevas normas básicas para regular los Servicios de Higiene de la Prostitución exigiendo la práctica de controles periódicos. Hay que señalar que el deterioro del control obligó a que en 1930 se dictasen normas para la reorganización profiláctica de la lucha antivenérea prescribiendo el que se tratasen los enfermos fuesen o no prostitutas, y creándose el cuerpo de Enfermeras visitadoras para buscar las fuentes de contagio.

Con la Segunda República en 1935 se opta por la legislación abolicionista (Decreto de 28 de junio de 1935) declarando ilícita la prostitución dictándose normas de lucha antivenérea en concordancia con la línea abolicionista, años más tarde en 1941 se deroga el anterior decreto señalándose que las enfermedades venéreas habían aumentado por «la relajación moral que se padeció en la zona roja y por falta de la debida atención al problema por las autoridades de la misma», y con la ley de bases de Sanidad de fecha 25 de noviembre de 1944 también se contempla la lucha contra las E.T.S. estableciéndose el 26 de julio de 1945 el reglamento de lucha antivenérea. Nuevamente el 3 de mayo de 1956 se publica un Decreto abolicionista en su artículo 1º se dice «Velando por la dignidad de la mujer y el interés de la moral social se declara tráfico ilícito la prostitución» en este mismo decreto se habla de «La sanción y coordinación de instituciones que no tengan carácter penitenciario para la enmienda y regeneración de aquéllas».

La Ley de 4 de agosto de 1970 incluye la prostitución dentro de la Peligrosidad Social siendo reformada esta Ley el 26 de diciembre de 1978 y en relación con la E.T.S. la resolución de 22 de Diciembre de 1981 incluye a la sífilis y gonococia como D.N.O.

Como es fácil observar el mundo de la prostitución ha sufrido una serie de avatares reglamentistas muchos de los cuales no han sido útiles en lo que se refiere a la práctica sanitaria, ésto junto con los continuos problemas legales y policiales y la respuesta adversa por parte de la sociedad, han provocado una marginación de las prostitutas en especial de aquellas ubicadas en barrios conocidos como «Chinos» lo que conlleva una gran dificultad a la hora de conocer cuáles son sus condiciones sanitarias, sociales, económicas, cuál es su actitud frente a su oficio y cuál es la patología que verdaderamente padecen.

Con el fin de poder tener algunas informaciones sobre este colectivo nosotros hemos realizado una encuesta que luego ha sido seguida de un examen médico y un control de laboratorio, debemos de señalar que en un

principio, pese a que las prostitutas que acudían lo hacían voluntariamente al Dispensario, hubo bastante rechazo a la encuesta y esto era debido a dos elementos fundamentales, el primero al temor de que la información fuese utilizada para realizar denuncias y en segundo, el temor interno a la propia gente del barrio, posteriormente estos dos aspectos han desaparecido y es el momento en que la encuesta, que sufrió modificaciones, empezó a realizarse con regularidad. La encuesta ha sido libre y se les ha dejado la opción de no contestar también a algunas preguntas cuando no lo deseaban, realizándose la encuesta personal e individualmente. Hay que señalar que el Dispensario se halla situado dentro del propio barrio y que tiene consulta que funciona con regularidad durante la semana desde los años 30 dependiendo del Municipio y siendo luego cedido en los años 50 a los servicios estatales de los Institutos Provinciales de Sanidad, estando actualmente incluido dentro de las Direcciones de Salud Provinciales.

#### ENCUESTA UTILIZADA PARA ESTE TRABAJO

SEXO ..... EDAD ..... RAZA ..... ESTADO .....  
 AÑO DE NACIMIENTO ..... NATURAL ..... PROVINCIA .....  
 DOMICILIO ACTUAL ..... CIUDAD .....  
 PROVINCIA ..... PROFESION .....  
 ESTUDIOS REALIZADOS .....  
 AÑOS DE RESIDENCIA EN VIZCAYA .....

#### DATOS FAMILIARES

- 1.— ¿Cuántas personas y quienes componen su familia? .....
- 2.— ¿En qué nivel económico piensa que se encuentra su familia?  
 Muy bajo ..... Bajo ..... Medio bajo ..... Medio .....  
 Medio alto ..... Alto ..... Muy alto .....
- 3.— ¿Trabaja alguna mujer en su familia? Si ..... No .....  
 ¿Quiénes? .....  
 ¿En qué? .....
- 4.— Las relaciones con sus padres y hermanos, ¿cómo las considera?:  
 Malas ..... Regulares ..... Buenas ..... No tiene .....
- 5.— Su familia: Acepta su trabajo ..... Rechaza su trabajo .....  
 Lo desconoce ..... Lo ignora .....
- 6.— ¿Existen en su familia enfermos crónicos ..... inválidos ..... deficientes  
 mentales ..... psíquicos .....?
- 7.— ¿Tiene antecedentes de algún familiar que beba excesivamente?  
 Sí ..... No .....
- 8.— ¿Estos problemas le han influido: mucho ..... regular ..... nada .....
- 9.— ¿A qué edad se casó? .....
- 10.— ¿Cuántos hijos tiene? .....

- 11.— ¿Cuánto tiempo al día ve a su marido? .....
- 12.— ¿Cuánto tiempo al día ve a sus hijos? .....
- 13.— Cuando está fuera, ¿a quién deja a sus hijos?:  
Guardería ..... Familia ..... Padre ..... Amigos .....
- 14.— Las relaciones con su marido, ¿cómo las considera?:  
Malas ..... Regulares ..... Buenas ..... Separada .....
- 15.— ¿Ha considerado pedir el divorcio? (o cambio de pareja) Si ..... No .....
- 16.— ¿Su marido bebe?:  
Mucho ..... Moderadamente ..... Poco ..... Nada .....
- 17.— ¿Quién toma las decisiones de su familia? .....
- 18.— ¿Quiénes aportan recursos económicos en su familia? .....
- 19.— ¿De qué murió su marido? .....
- 20.— ¿A qué edad? ..... ¿Al cabo de cuánto tiempo de casarse? .....
- 21.— ¿Cómo lo afrontó?  
Bien ..... Regular ..... Mal ..... Muy mal .....

## VIVIENDA

- 22.— Vive en: Vivienda propia ..... Piso alquilado ..... Pensión .....
- 23.— ¿Cuántas personas viven en la casa? .....
- 24.— ¿Comparte su habitación con alguna otra persona? .....
- ¿Quiénes? .....
- 25.— ¿Cuántas habitaciones ..... y servicios ..... tiene?
- 26.— ¿La cocina y servicio son utilizados por personas ajenas a la familia?  
Si ..... No .....
- 27.— ¿Tiene agua corriente? Si ..... No .....
- 28.— ¿Tiene agua caliente? Si ..... No .....
- 29.— ¿Tiene calefacción? Si ..... No .....
- 30.— Las habitaciones son:  
Húmedas ..... Soleadas ..... Bien ventiladas ..... Mal ventiladas .....
- 31.— ¿Tiene: televisión ..... lavavajillas ..... lavadora ..... coche .....  
empleada de hogar .....

## ALIMENTACION

- 32.— ¿Come en: Casa ..... Fuera .....
- 33.— ¿Son comidas: completas ..... bocadillos .....?
- 34.— ¿Fuma? Si ..... No ..... ¿Cuántos cigarrillos? .....
- 35.— ¿Bebe? Si ..... No ..... ¿Cuánto? .....
- ¿A qué hora? .....
- ¿Qué? .....
- 36.— ¿Bebe sola ..... acompañada .....?
- 37.— ¿A qué edad comenzó a beber? .....
- 38.— ¿Piensa que el alcohol le beneficia en algo: «ante el frío» ..... «hipotensión» .....  
«insuficiencia coronaria» ..... «para mejorar las relaciones» .....?
- 39.— ¿Desde cuándo bebe con la intensidad actual? .....

## TIEMPO LIBRE

- 40.— ¿Tiene normalmente tiempo libre? Si ..... No.....  
 41.— ¿Practica la lectura ..... deporte ..... grupo artístico ..... nada .....?  
 42.— ¿Disfruta de vacaciones? Si ..... No .....  
 43.— ¿Va a la playa ..... monte ..... casa propia ..... amigos .....  
 familia ..... hotel .....

## LABORAL

- 44.— ¿Le satisface y agrada su trabajo? Mucho ..... regular ..... poco .....  
 lo odia .....  
 45.— ¿Preferiría trabajar en otra actividad? Si ..... No .....  
 46.— ¿Cuál? .....  
 47.— ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en esta profesión? .....  
 .....  
 48.— ¿Qué ventajas encuentra en su trabajo? .....  
 .....  
 49.— ¿Qué inconvenientes? .....  
 50.— ¿Realiza su trabajo siempre en la misma ciudad? Si ..... No .....  
 51.— ¿Mantiene: Buenas ..... regulares ..... malas ..... relaciones con  
 sus compañeras?  
 52.— ¿Sabe si su trabajo es beneficioso ..... perjudicial ..... para su salud?  
 53.— ¿Tuvo un trabajo anterior al actual? Si ..... No ..... ¿Cuál? .....  
 54.— ¿Por qué lo dejó? .....

## ACTITUD SEXUAL

- 55.— Preferencia sexual: Varón ..... Hembra ..... Ambos .....  
 56.— Pareja habitual: Si ..... No ..... Núm. de parejas .....  
 57.— Núm. de relaciones sexuales al: día ..... semana ..... mes ..... año .....  
 58.— ¿Cuándo fué el último «contacto»? .....  
 59.— Hábitos sexuales:  
 Genital .....  
 Oral .....  
 Anal .....

## ASISTENCIA SANITARIA

- 60.— ¿Tiene usted seguridad social? Si ..... No .....  
 61.— ¿Tiene usted algún tipo de igualatorio? Si ..... No .....  
 ¿Cuál? .....  
 62.— ¿Recibe asistencia sanitaria frecuentemente? Si ..... No .....  
 ¿Con qué frecuencia? .....  
 63.— ¿Quién le atiende sanitariamente? .....  
 64.— ¿Acepta o no los consejos del médico? Si ..... No .....

- 65.— Considera: Buena ..... Regular ..... Mala ..... esa asistencia médica.
- 66.— ¿Ha estado internado en algún establecimiento médico?  
 Si .....  
 No .....  
 ¿Por qué? .....  
 ¿En cuál? .....  
 ¿Cuánto tiempo? .....

## ENFERMEDAD ACTUAL

- 67.— ¿A qué edad tuvo la menarquía? .....
- 68.— ¿A qué edad tuvo la menopausia? .....
- 69.— Reglas normales ..... anormales .....
- 70.— Núm. de embarazos ..... Partos ..... Peso del niño ..... Abortos .....
- 71.— Hijos muertos .....  
 ¿de qué? .....  
 ¿a qué edad? .....
- 72.— ¿Algún subnormal? .....
- 73.— ¿Utiliza alguna medida anticonceptiva? .....  
 preservativo ..... DIU ..... diafragma ..... espermicida .....  
 píldoras .....
- 74.— Razón de la visita: Síntomas ..... Control .....
- 75.— Síntomas: úlcera ..... adenopatía ..... supuración ..... escozor ..  
 ..... prurito ..... leucorrea ..... eritema ..... vesícula ..  
 ..... dolor abdominal bajo ..... dolor abdominal alto ..... ve-  
 rruga ..... pápulas ..... otros .....  
 —En genitales .....  
 —En piel .....  
 —En faringe .....  
 —En ano .....
- 76.— ¿Desde cuándo tiene estos síntomas? .....
- 77.— No acudió desde el comienzo de los síntomas por no darles importancia .....  
 Temor a que su familia quedara desvalida ..... Carecer de seguro .....  
 ..... No tener fé en la medicina ..... Estar de baja durante la enferme-  
 dad ..... Acudió .....
- 78.— ¿Qué cree que tiene? .....  
 .....  
 .....  
 —Conclusión diagnóstico .....
- 79.— ¿Qué enfermedades ha padecido? .....
- 80.— ¿Qué E.T.S. ha padecido antes?  
 gonococia ..... sífilis ..... condilomas ..... herpes .....  
 ..... tricomonas ..... p. pubis ..... chancro blando .....  
 ..... ¿Hace más o menos de un año? .....
- 81.— ¿Asocia su enfermedad actual con alguna anterior, ..... con su trabajo, .....

- 82.— Su enfermedad: ha repercutido en su vida futura ..... en sus relaciones familiares  
 ..... sociales ..... en su trabajo ..... no ha re-  
 percutido .....
- 83.— ¿Qué actitud ha tomado su pareja sexual respecto a su enfermedad? Buena .....  
 Mala ..... Regular .....
- 84.— ¿Qué actitud ha tomado su familia respecto a su enfermedad? Buena .....  
 Mala ..... Regular .....
- 85.— Tratamientos anteriores: No .....
- Facultativ. general ..... Farmacia: mozo .....  
 dermatólogo ..... profesional .....  
 ginecólogo ..... Amigo .....  
 urólogo ..... Por su cuenta .....
- Pruebas analíticas .....
- Tratamiento seguido .....
- Antibióticos en los últimos días .....
- Alergias a antibióticos (penicilina) .....

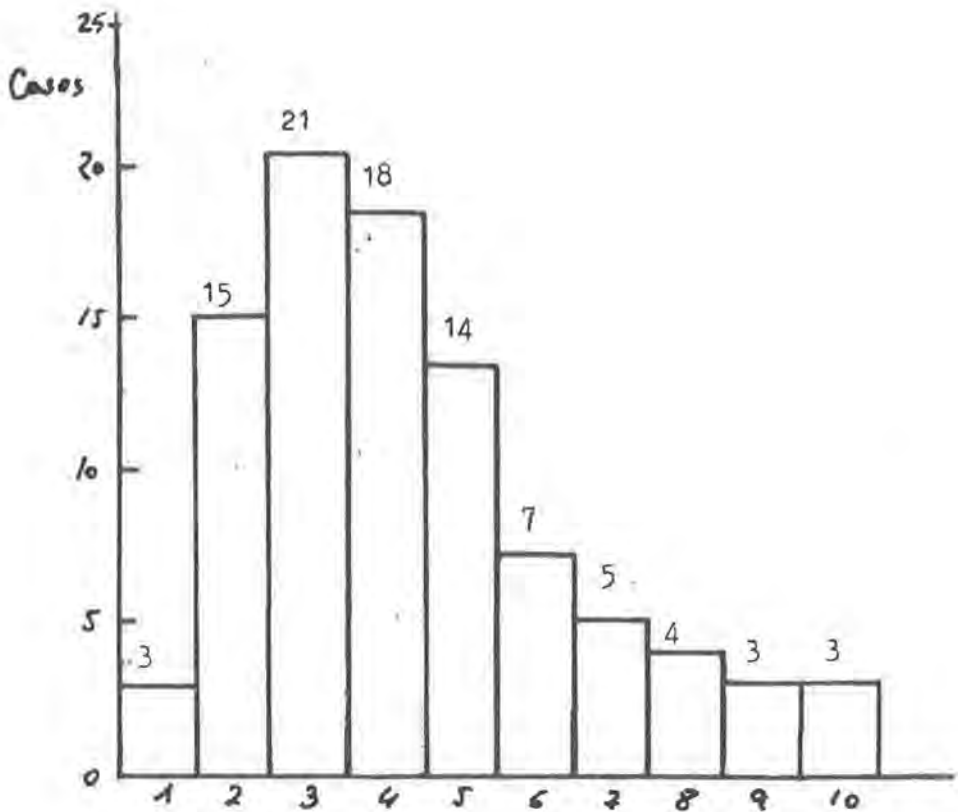
## EXPLORACION

- PENE: Normal ..... Ulcera, Erosión ..... Secreción: mucosa .....  
 ..... purulenta ..... Vesícula ..... Pápulas .....  
 Verruga .....
- VULVO VAGINAL: Normal ..... Ulcera ..... Tumor .....  
 Erosión-úlceras ..... Vesícula ..... Eritema .....  
 Flujo normal ..... Flujo anormal .....  
 Pápulas ..... Verrugas .....
- CERVIX: Normal ..... úlcera ..... vesícula .....  
 verruga ..... erosión ..... flujo cervical .....  
 aspecto ..... otros .....
- NODULOS INGUINALES: No ..... unilaterales ..... fijo .....  
 móvil ..... inflamatorio ..... bilaterales ..... fijo .....  
 ..... móvil ..... inflamatorio ..... otros .....
- RECTO-ANO: Normal ..... verrugas ..... flujo-aspecto .....  
 ..... eritema ..... hemorroides ..... úlcera ..... fisura ...
- OROFARINGE; Normal ..... vesículas ..... amigdalitis .....  
 páp. ..... eritema ..... úlcera ..... tumor .....
- PIEL: Folliculitis ..... forínculo ..... bartolinitis .....  
 parásitos ..... hidrosadenitis ..... erupción .....

El control del laboratorio en las gonococias se realiza tomando muestras para extensión y cultivo de endocervix, recto y faringe (solo para cultivo) principalmente teniendo en cuenta que en la mujer los falsos negativos

en el endocervix son de cerca del 30% a pesar de todo creemos que es una técnica que debe de ser de rutina en este colectivo. El examen del frotis se hizo a partir del azul de metileno y la tinción de Gram y el cultivo en Thayer Martin para posteriormente pasar a pruebas de la oxidasa y la identificación de azúcares.

En la sífilis la técnica utilizada ha sido el V.D.R.L. para después continuar la confirmación con el empleo de la HA-TP que es una reacción de microaglutinación rápida. El diagnóstico de las candidiasis ha sido por tinción de Gram, cultivo y prueba de filamentación y comportamiento frente a los azúcares. El chancro blando se consideró como tal a partir de la tinción y la clínica. Los parásitos se han identificado por microscopio y el resto de los diagnósticos se han efectuado atendiendo a la sintomatología clínica dada la dificultad con que nos encontrábamos, pese a ello no dejamos de reconocer que lo ideal hubiese sido el diagnóstico de laboratorio.



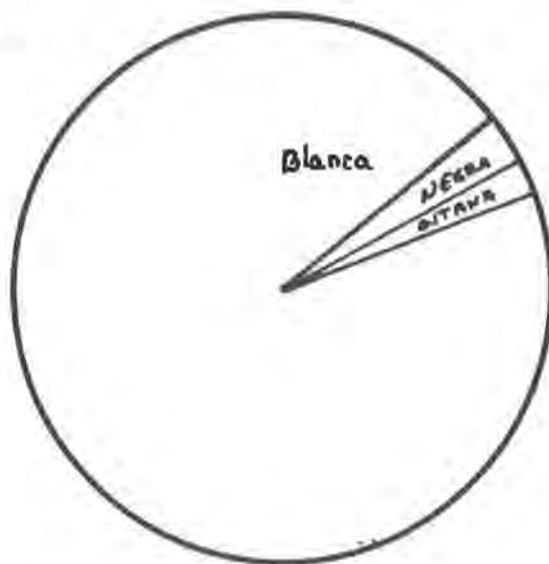
## EDAD

1) 15-18: 3,22%	6) 36-40: 7,52%
2) 19-21: 16,13%	7) 41-45: 5,37%
3) 22-25: 22,58%	8) 46-50: 4,30%
4) 26-30: 19,35%	9) 51-60: 3,22%
5) 31-35: 15,05%	10) 61-70: 3,22%

Como puede observarse, la mayor parte de la población se halla agrupada entre los 19 y 35 años. Se puede decir que prácticamente este dato coincide con las edades de procreación de la mujer, alcanzando un 42% entre los 22 y 30 años.

Otro dato que quizás es significativo es que nos hemos encontrado en que entre 51 y 60 y 61 y 70 años hay aun personas dedicadas a este oficio.

## LA RAZA



BLANCA: 94,90%    NEGRA: 3,06%    GITANA: 2,04%

El diagrama de sectores nos muestra que prácticamente la totalidad de la muestra pertenece a la raza blanca.

Hemos querido hacer un apartado especial para la población gitana porque ha habido alguna encuestada que ha recalcado que se consideraba como grupo étnico independiente.

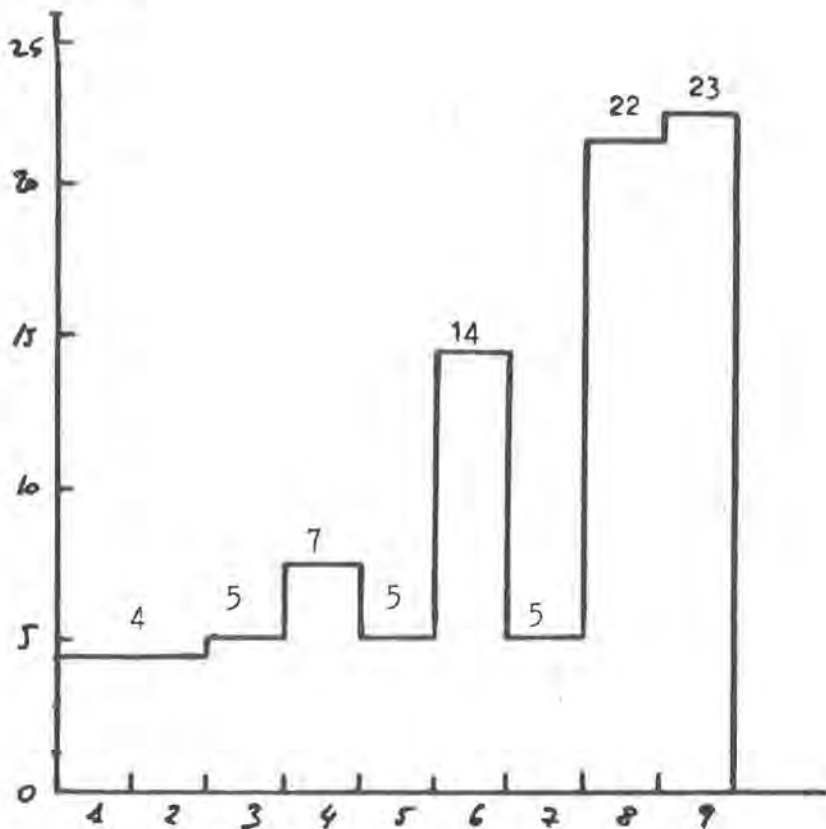


## BARRIO DE LAS CORTES

DOMICILIO	Zona Cortes	Gran Bilbao y zona de influencia	Vizcaya resto
	63,33%	27,77%	2,22%
	Guipúzcoa	Navarra	Alava
	2,22%	1,11%	1,11%
		Transeúntes	
		2,22%	

La mayoría de las encuestadas vive y trabaja en la zona comprendida en el plano, zona de las Cortes, siendo mínimo el número de prostitutas que trabajan en otras localidades o incluso barrios del propio Bilbao, que vengan al consultorio de la Cantera. Esto hace pensar en la necesidad de ubicar este tipo de consultorios en todas las zonas dónde hubiese este tipo de población.

## Nº DE CASOS

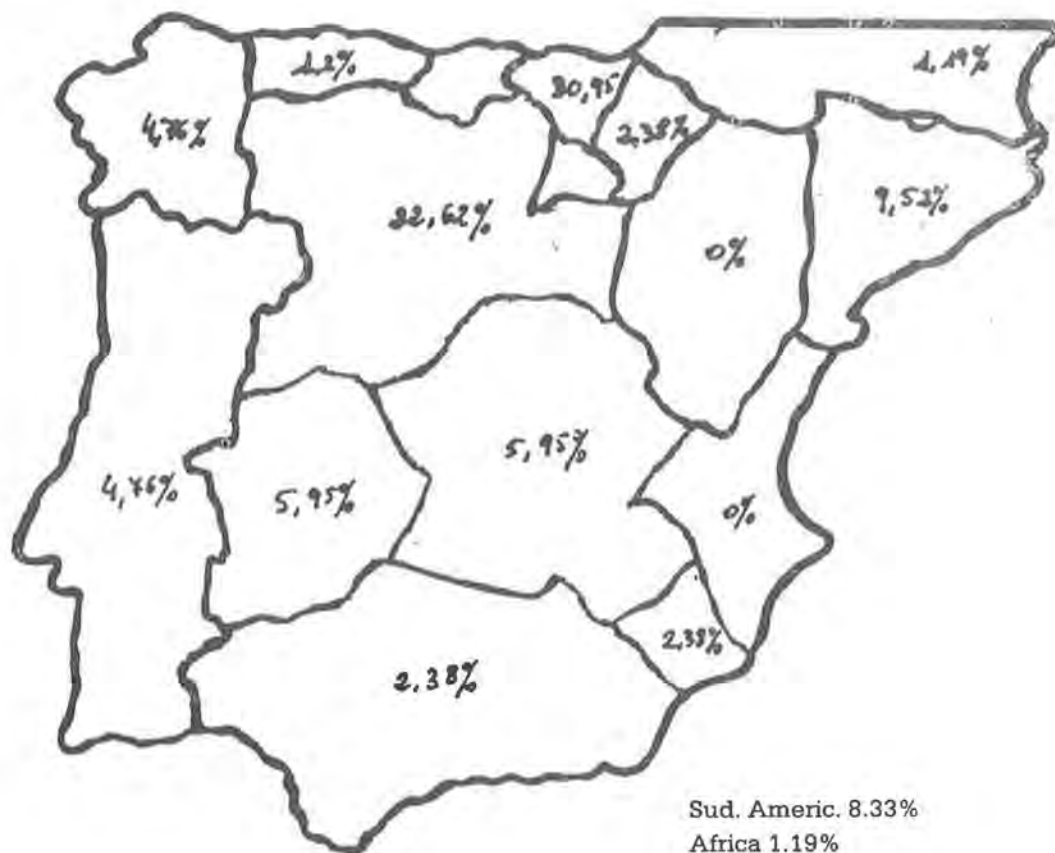


## AÑOS DE RESIDENCIA EN VIZCAYA

1: Transeuntes	4,5 %	2: Menos de quince días	4,5 %
3: Menos de un mes	5,61%	4: Menos de seis meses	7,86%
5: Menos de un año	5,61%	6: Menos de cinco años	15,73%
7: Menos de diez años	5,61%	8: Más de diez años	24,72%
9: Nacidas en el País Vasco	25,84%		

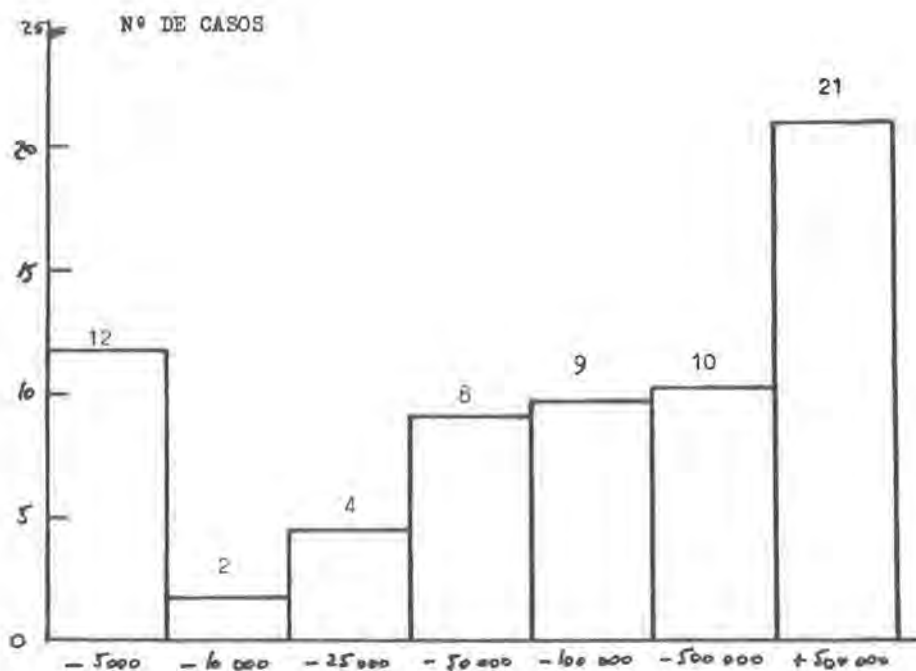
Como se puede ver, una gran mayoría de las encuestadas es natural de Vizcaya o reside hace más de cinco años. De notar también que aquellas que residen medio año o menos también representan un porcentaje elevado.

## NATURALEZA



El cartograma que hemos elaborado ha sido atendiendo a una distribución de zonas de acuerdo con una distribución bastante semejante a la de las autonomías actuales con pequeñas modificaciones, tal es el caso de seguir incluyendo a la Rioja dentro de Castilla-León y a Madrid dentro de Castilla-La Mancha.

La distribución por porcentajes nos muestra cómo la mayor parte de las encuestadas pertenecía a la comunidad autónoma del País Vasco. Quizás este dato es bastante significativo, si se tiene en cuenta que en el pasado casi todas eran oriundas de zonas más alejadas. Esto podría implicar un menor rechazo por parte de la población hacia estas tareas. El segundo porcentaje más alto procede de una comunidad limítrofe a la nuestra.

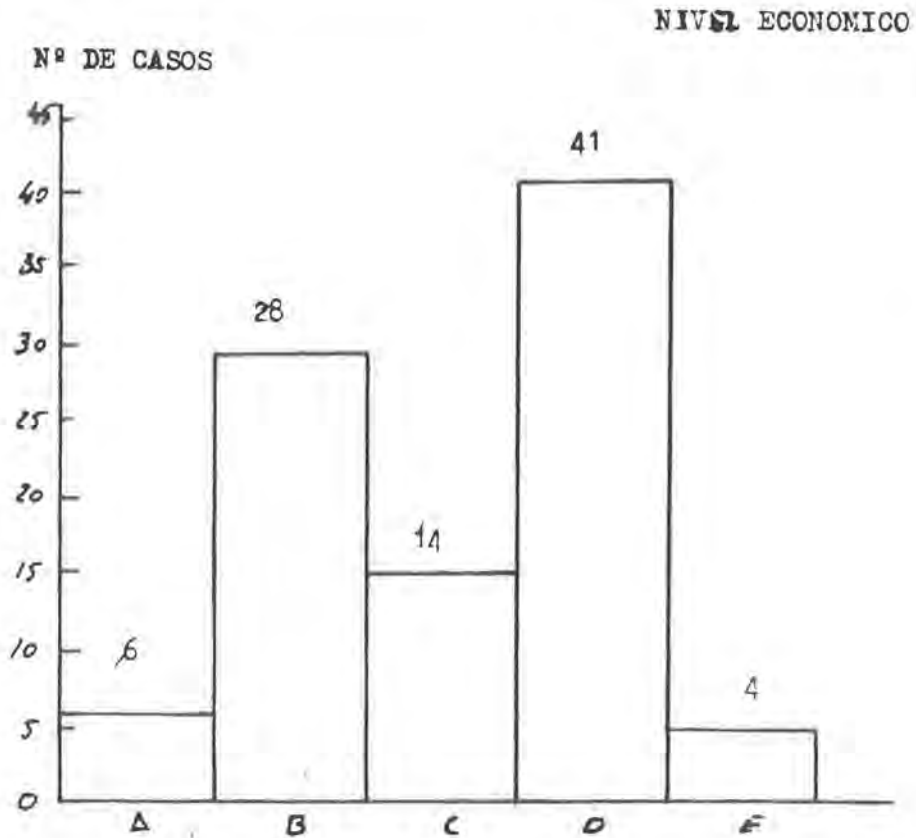


POBLACION DE MENOS DE	5.000 Habitantes	: 18,18%
	10.000 Habitantes	: 3,03%
	25.000 Habitantes	: 6,06%
	50.000 Habitantes	: 12,12%
	100.000 Habitantes	: 13,63%
	500.000 Habitantes	: 15,15%
MAS DE	500.000 Habitantes	: 31,81%

El cuadro siguiente nos muestra como la mayor parte de la población encuestada proviene de núcleos de más de 500.000 h. mientras que la población originaria de núcleos de menos de 5.000 h. era la segunda en importancia.

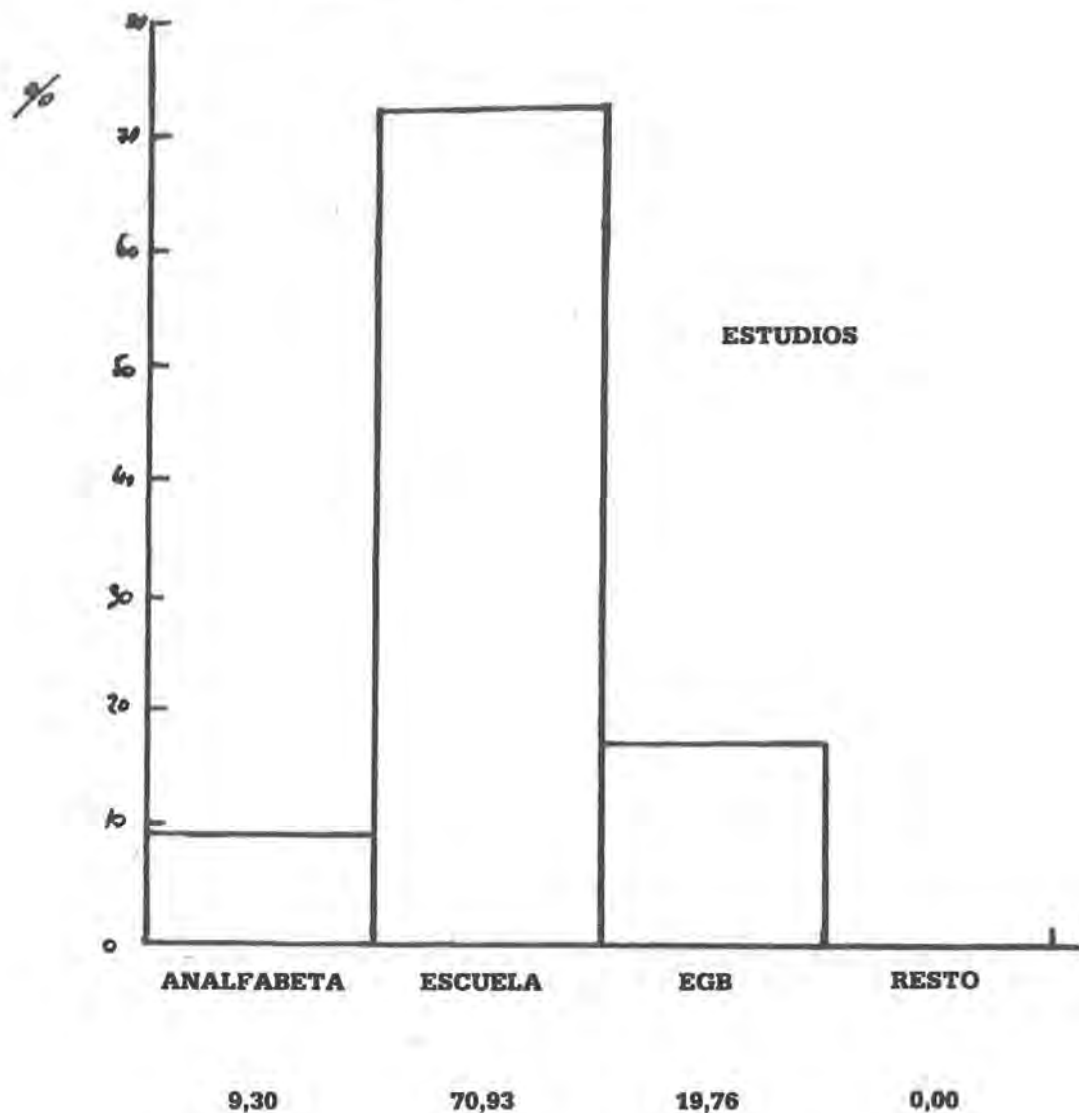
Quizás convenga resaltar que pese a que en estos momentos sólo una pequeña parte de la población española vive en estos núcleos pequeños el porcentaje de encuestadas es muy elevado si se le compara con otros colectivos.

El cuadro del nivel económico es bastante significativo, pues la mayor parte de las encuestadas consideran que su nivel económico es medio, dándose la circunstancia de que los dos extremos, muy bajo y medio alto ofrecen porcentajes semejantes.



A: Nivel muy bajo 6,45%    B: Bajo 30,10%    C: Medio bajo 15,05%  
 D: Medio 44,1%    E: Medio alto o más 4,30%

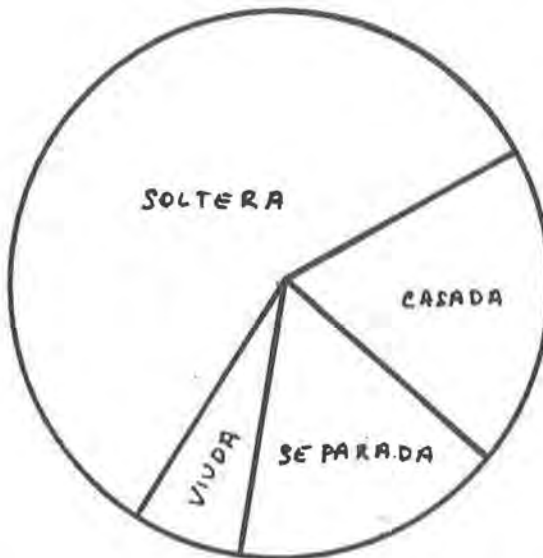
El porcentaje de nivel de estudios se muestra bastante insuficiente, si bien esto se esperaba, dado que ninguna de ellas ha cursado estudios superiores. Quizás un dato que conviene resaltar es el casi diez por ciento de analfabetismo. Eso puede hacer pensar que se haya elevado, pero si nos fijamos en otras encuestas que se han realizado a nivel estatal, con colectivos de nivel económico semejante, es bastante fácil constatar que no existe gran diferencia con los resultados obtenidos en las referidas encuestadas.



Más de un tercio de las encuestadas cambian de localidad. Si esta cifra se compara con lo que sucede en la población general, se puede comprobar que se halla muy elevada.

Quizás convendría señalar, que la mayor parte de los desplazamientos son por aspectos de carácter laboral-económico, y que muchas veces acompaña a épocas de vacaciones y turismo de la población en general.

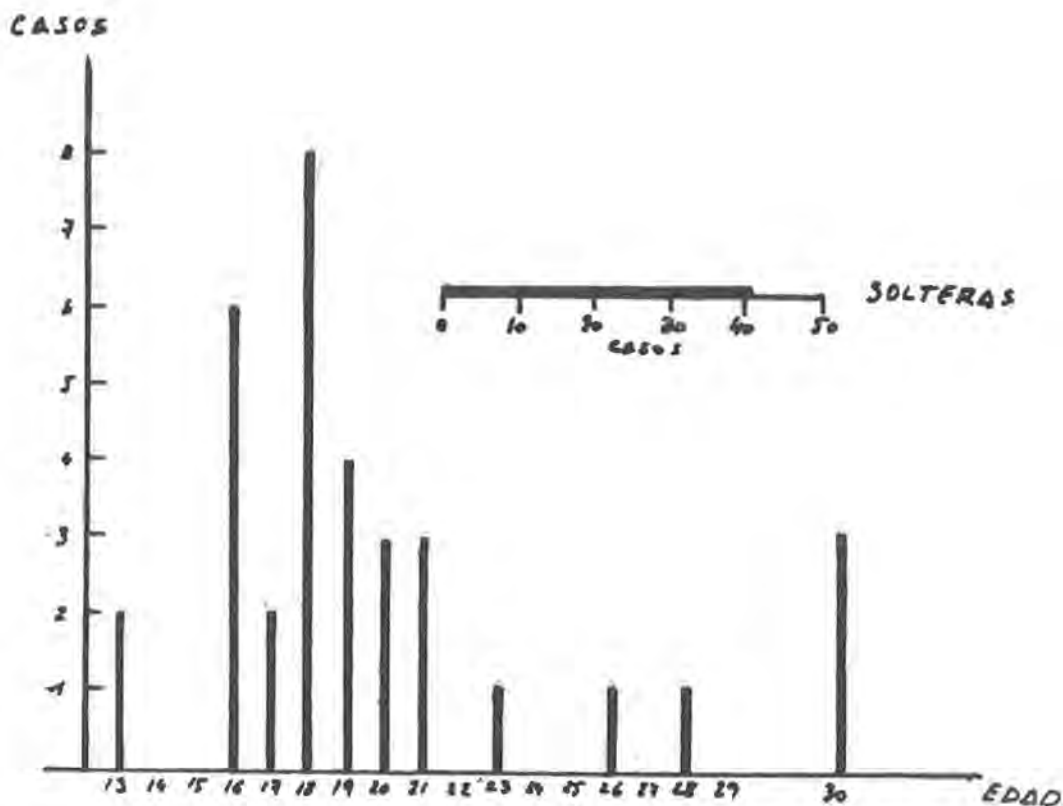
CAMBIO DE LOCALIDAD DE TRABAJO



SOLTERA: 58,06% SEPARADA: 16,13% CASADA: 19,35% VIUDA: 6,45%

Con respecto a esta cuestión, hemos procurado que los datos obtenidos sean de la mayor fiabilidad posible. No obstante, puede haber alguna dificultad a la hora de conocer si realmente se había cumplido la formalidad del matrimonio. Por ello, en aquellos casos en que había una pareja establecida y la encuestada respondía como casada, hemos aceptado este tipo de respuesta.

La observación del diagrama nos muestra que la mayor parte de la población es soltera y el grupo de separadas y casadas es considerable.



El diagrama en barras nos muestra que la edad en que se han casado es bastante más precoz que la de la media normal de la población existiendo unos máximos en torno a los 16-18 años.

## CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Propia	Alquilada	Pensión	Casa de Caridad	Agua Corriente	Agua Caliente
31,11%	36,66%	31,11%	1,00%	100%	96,50%

NUM. DE HABITACIONES					NUM. DE ASEOS				CALEFAC.
1	2	3	4	+5	1	2	3	+3	
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
7,14	5,95	32,14	23,8	19,04	88,10	7,14	1,20	3,57	47,12

## NUMERO DE PERSONAS QUE COMPARTEN LA VIVIENDA

1	2	3	4	5	6	7-8	9	+10
%	%	%	%	%	%	%	%	%
14,81	20,00	21,00	17,28	6,17	11,11	0	2,47	7,40

Habitación soleada	T.V.	Lavadora	Lavavajil.	Coche	Lee algo	Vacacn.	Tiempo libre
%	%	%	%	%	%	%	%
82,76	88,50	74,41	10,35	18,39	41,38	55,22	72,72

## RELACIONES CON LAS COMPAÑERAS

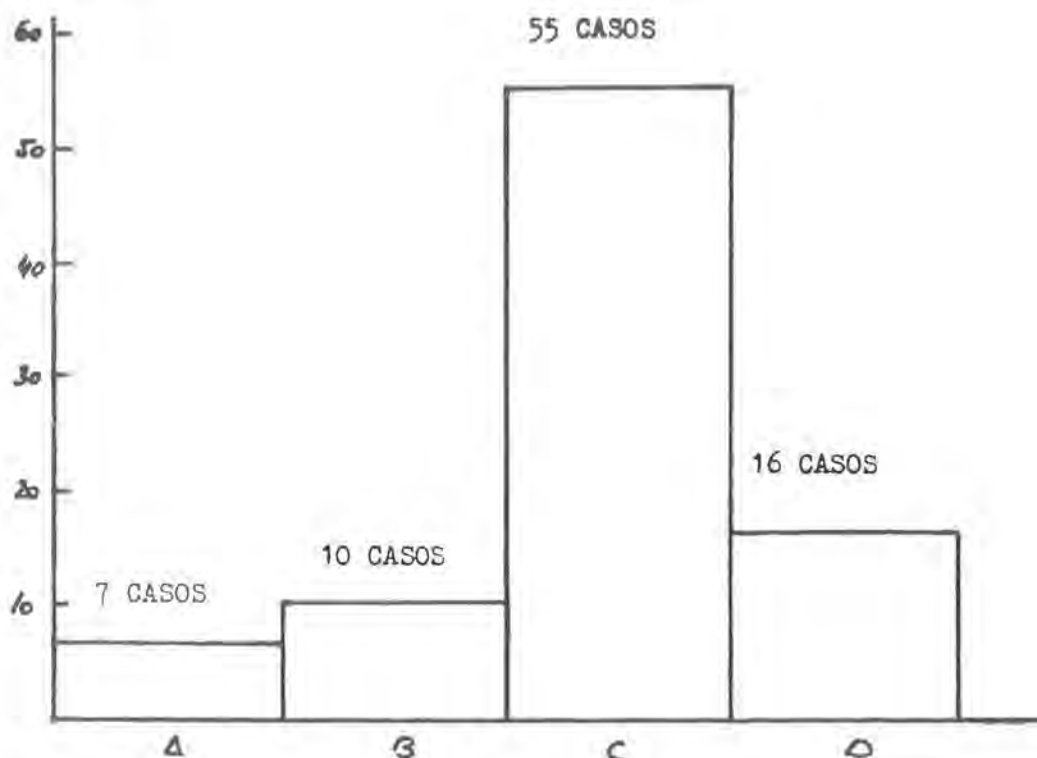
BUENAS	REGU-LARES	MALAS	NO EXISTEN
%	%	%	%
83,00	8,53	1,22	7,32

Como es fácil de apreciar existe un porcentaje bastante elevado que posee vivienda propia, las cuales pese a ser un barrio antiguo se hallan bien dotadas de servicios sanitarios, con habitaciones soleadas, calefacción y un alto número de habitaciones.

También hay que señalar que estas viviendas son compartidas por bastantes personas y que la mayor parte están bien provistas de electrodomésticos.

Otro capítulo importante es que la mayor parte de las encuestadas tienen tiempo libre, vacaciones, y sus relaciones con las compañeras por regla general suelen ser bastante buenas.

Nº DE CASOS

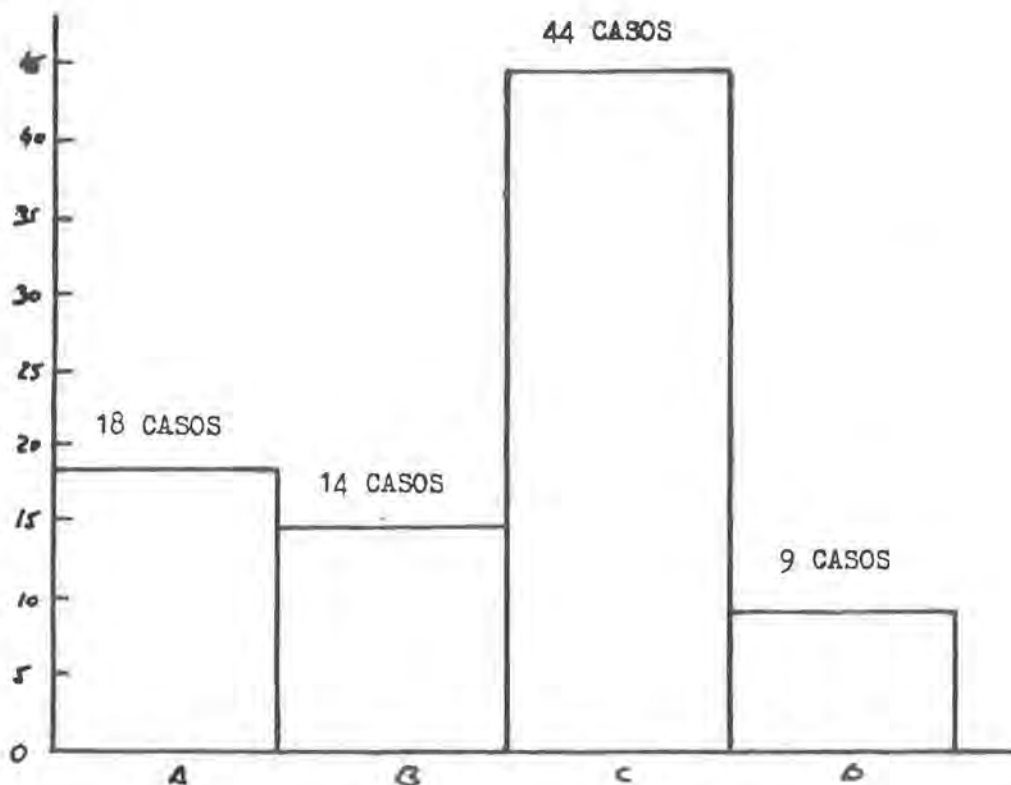


## RELACIONES CON LA FAMILIA

A: Malas relaciones	7,95%	B: Regulares relaciones	11,36%
C: Buenas relaciones	62,5 %	D: No tiene relaciones	18,18%

El gráfico nos muestra que la mayoría de las veces existe una buena relación entre las encuestadas y la familia.

No obstante, quizás fuese necesario el analizar esta pregunta a la luz de los resultados que se obtienen de la cuestión siguiente.

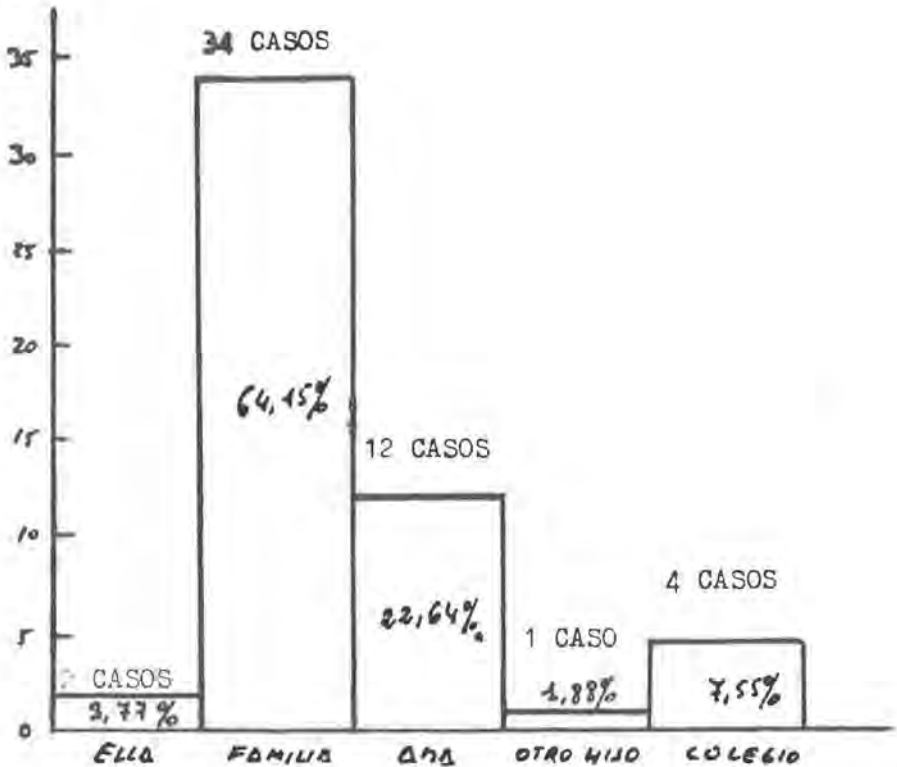
Nº DE  
CASOS

## ACTITUD FAMILIAR ANTE EL TRABAJO DE LA ENCUESTADA

A: Acepta el trabajo	21,17%	B: Rechaza	16,47%
C: Desconoce el trabajo	51,76%	D: Lo ignora	10,58%

En el gráfico anterior se podía comprobar que existía una buena relación con la familia en la mayor parte de las encuestadas, pero después de analizar la actitud de la familia frente a su trabajo, es fácil comprobar que en gran parte las buenas relaciones pueden ser favorecidas porque la familia desconoce su oficio.

Nº DE  
CASOS

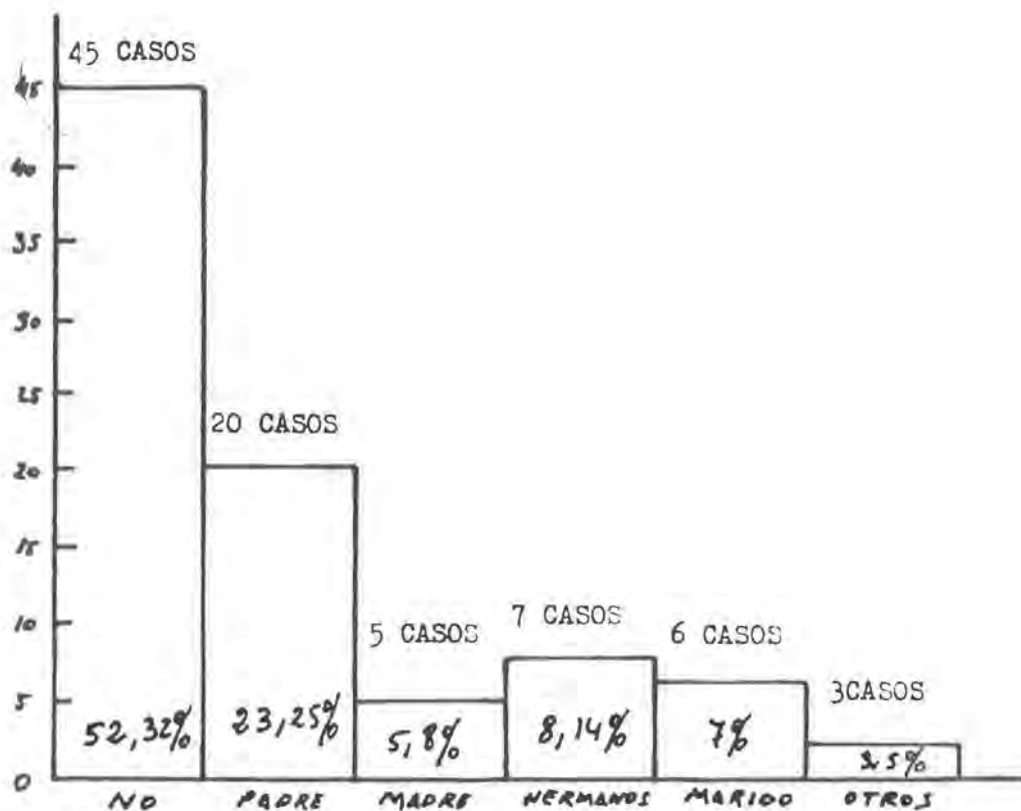


#### QUIEN SE RESPONSABILIZA DE LOS HIJOS MIENTRAS TRABAJA LA ENCUESTADA

Nuevamente se vuelve a observar que en la mayor parte de las ocasiones continúa existiendo una relación directa con la familia ya que más del 64 por ciento confía sus hijos a familiares.

Esto quizás pueda ser debido en gran parte a que las encuestadas, al no disponer de tiempo, se vean obligadas a dejar a sus hijos en manos de alguien y el medio más barato y que más confianza les ofrece es la familia.

## Nº DE CASOS



## BEBIDA EN LA FAMILIA

En este histograma se observa que hay un porcentaje elevado de familiares que beben en exceso, dado que cerca del 48% de los encuestados tienen algún familiar potencialmente alcohólico.

Este porcentaje se halla muy elevado con respecto a la frecuencia normal de la población en la que el porcentaje de bebedores excesivos no suele superar cifras del 4 al 5 por ciento.

SI	NO	
6,66%	72,2%	MUCHO
21,11%	—	POCO

#### HABITO ALCOHOLICO

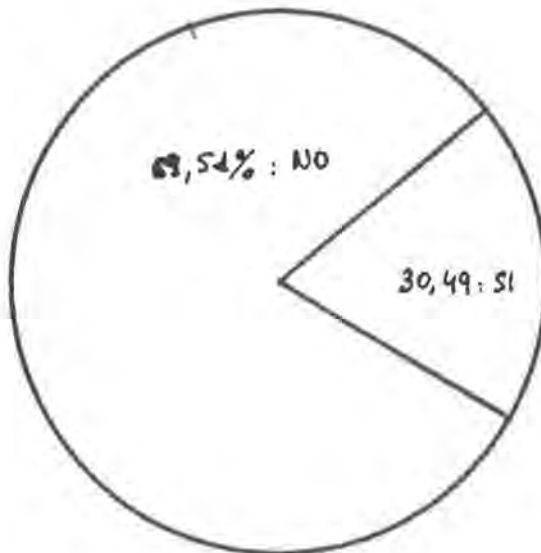
El hábito alcohólico en las encuestadas puede parecer que se halla dentro de límites algo superiores a los de la población general, pero quizás este dato convendría matizarlo, ya que en la mayor parte de las ocasiones, los individuos no reconocen que ingieran exceso de alcohol.

TOTAL	CASA	PUBLICA	
92,30%	72,52%	19,78%	COMIDAS COMPLETAS
7,7%	5,5%	2,2%	BOCADILLOS
	78,02%	21,2%	

#### LUGAR DONDE COMEN

Es bastante fácil comprobar que la mayor parte de las encuestadas comen en casa, y que en la mayor parte de las ocasiones se realizan comidas completas. Quizás esto pueda relacionarse con una fijeza en la residencia de las encuestadas durante las temporadas que permanecen en esta Ciudad.

Por otra parte tampoco hemos podido constatar la presencia de cuadros de hipo-nutrición.



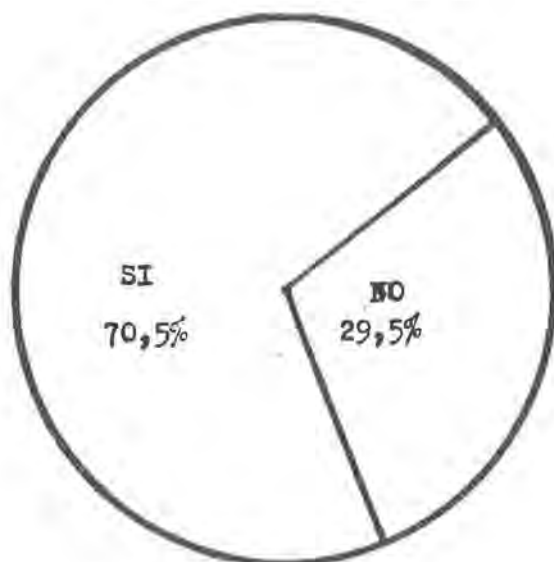
#### TRABAJO DE MUJERES EN LA FAMILIA

Hay un porcentaje bastante elevado de mujeres que trabajan en la familia de las encuestadas dándose el caso de que las profesiones que desempeñan son bastante variables, desde el puesto de trabajo de grado medio universitario a policía municipales, etc.

Se ha contabilizado a la madre de una de las encuestadas, porque dirigía una de las casas de citas.

El 9,75% de las encuestadas tienen familiares que desempeñan un puesto de trabajo similar a las encuestadas.

## ¿TUVO UN TRABAJO ANTERIOR AL ACTUAL?



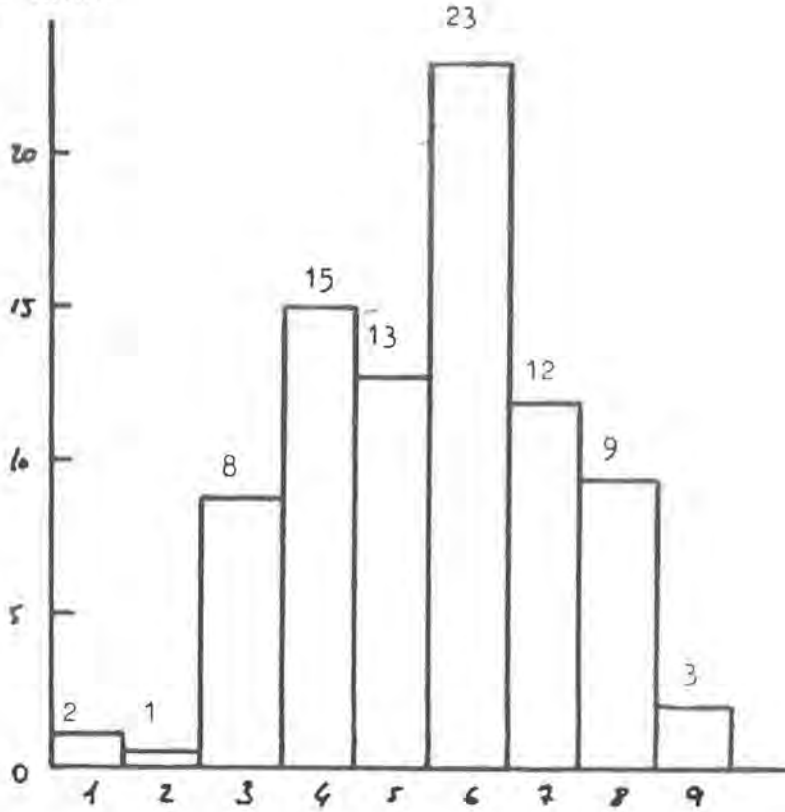
El mayor porcentaje pertenece al grupo de encuestadas que tenían un trabajo anterior, algo más del 70%. Si más tarde estos mismos datos se analizan con los motivos del abandono del trabajo anterior, se ve que el factor económico ha sido el principal desencadenante del cambio del puesto de trabajo.

Otro aspecto que convendría destacar es que hay un porcentaje elevado que ha cambiado de trabajo por problemas laborales.

## ¿Por qué lo dejó?:

Porque pagaban poco	34,61%	Embarazo	7,77%
Por problemas laborales	9, %	Por boda	5,13%
Por trabajo eventual	2,56%	Cárcel del marido	1,28%
N/R	12,82%	Otros	2,56%

Nº DE CASOS



TIEMPO EN LA PROFESION

1: Menos de un mes	2,22%	2: Menos de tres meses	1,11%
3: Menos de seis meses	8,88%	4: Menos de un año	16,66%
5: Menos de tres años	14,44%	6: Menos de cinco años	25,55%
7: Menos de diez años	13,33%	8: Más de diez años	10, %
9: Más de veinte años	3,33%		

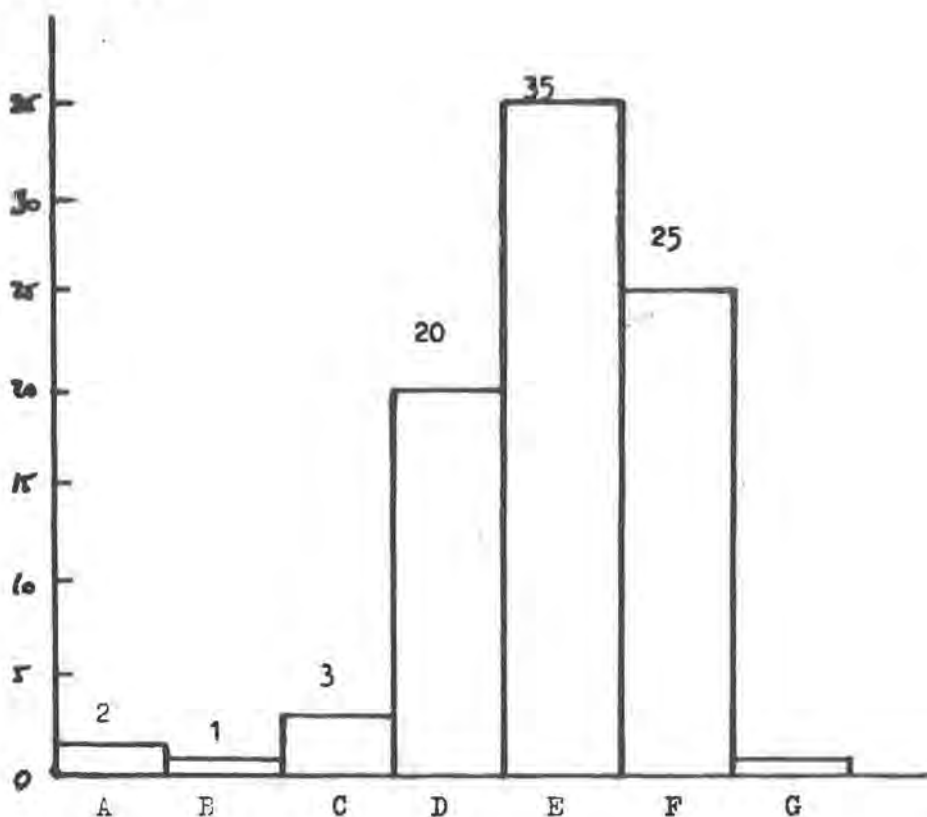
A través de los datos recogidos se puede observar que la mayor parte de la población lleva en su trabajo más de un año y que los rangos en que se mueven los mayores porcentajes son de uno a diez años.



#### TRASLADOS POR RAZONES DE TRABAJO

Esta amplia movilidad geográfica contribuye a que si la desplazada tiene una E.T.S. ésta se difunde con gran facilidad a lo largo de la península, siendo por ello deseable el que se iniciaran campañas en evitación de que se generen un gran número de casos a partir de un foco de infección.

## N° DE CASOS

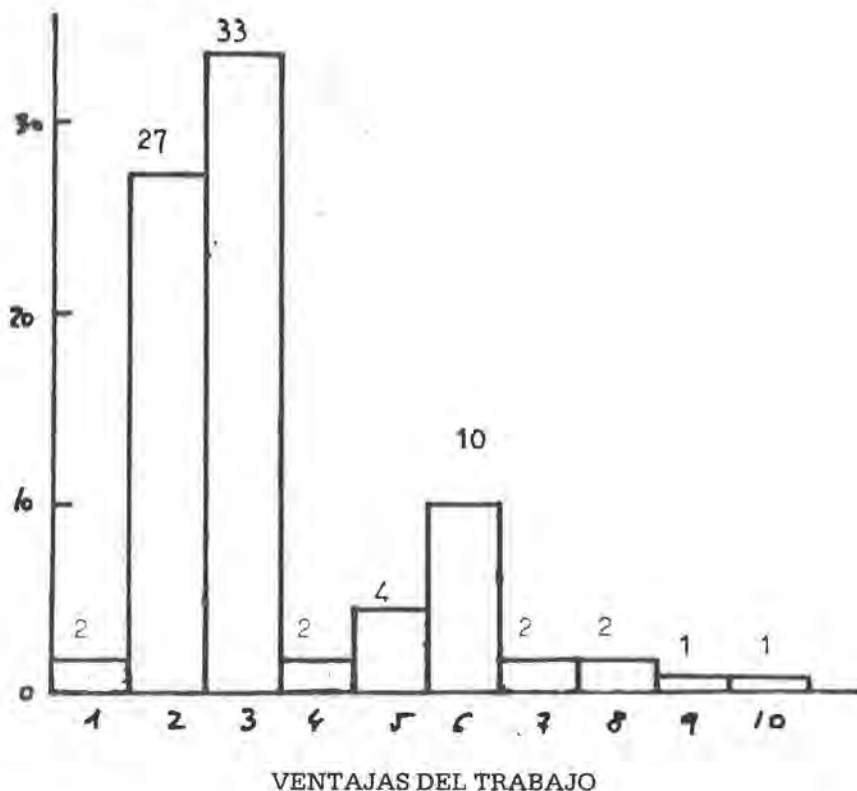


## ¿LE SATISFACE SU TRABAJO?

A: No trabaja	2,30%	B: Indiferente	1,15%
C: Mucho	3,44%	D: Normal	23, %
E: Poco o nada	40,22%	F: Lo odia	28,73%
G: No contesta	1,15%		

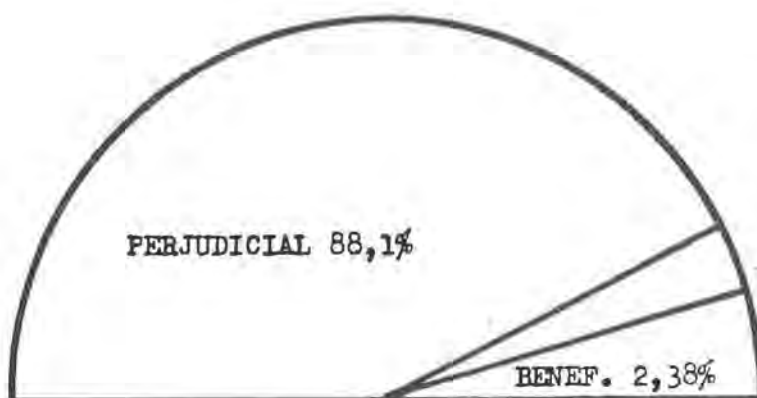
En la mayor parte de las respuestas se comprueba que no están de acuerdo con el tipo de trabajo que realizan, ya que más, del 68% de las encuestadas refieren que no les gusta nada o incluso que lo odian.

## Nº DE CASOS



1: No sabe	2,38%	2: Ninguna	32,14%	3: Dinero	39,28%
4: N/C	2,38%	5: No horarios	4,76%	6: No refiere	11,9 %
7: Pocas	2,38%	8: Le gusta	2,38%	9: Todas	1,2 %
10: Conocimientos de caracteres	1,2%				

A través de los datos recogidos se puede observar cómo el mayor tanto por ciento de las encuestadas se dedica a este tipo de trabajo por factores de tipo económico, ya que si se tiene en cuenta que más del 39% responde que desarrollan este tipo de actividad por dinero y que cerca del 32% no se definen de manera clara, cual es la causa de su actividad, es bastante fácil deducir que en casi todos los casos son los aspectos económicos los que mueven este tipo de trabajo.



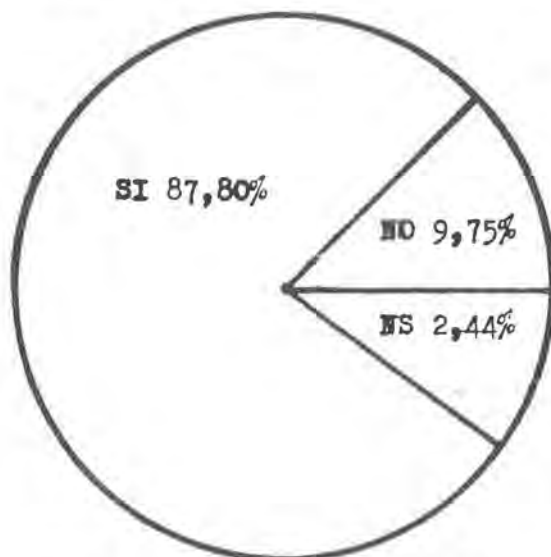
#### SABE SI SU TRABAJO ES O NO PERJUDICIAL PARA SU SALUD

En correspondencia con la cuestión referente a los inconvenientes respecto al trabajo, también en este caso se puede observar que la respuesta con respecto a la salud es bastante semejante, ya que el 88% lo consideran perjudicial.

#### INCONVENIENTES DEL TRABAJO

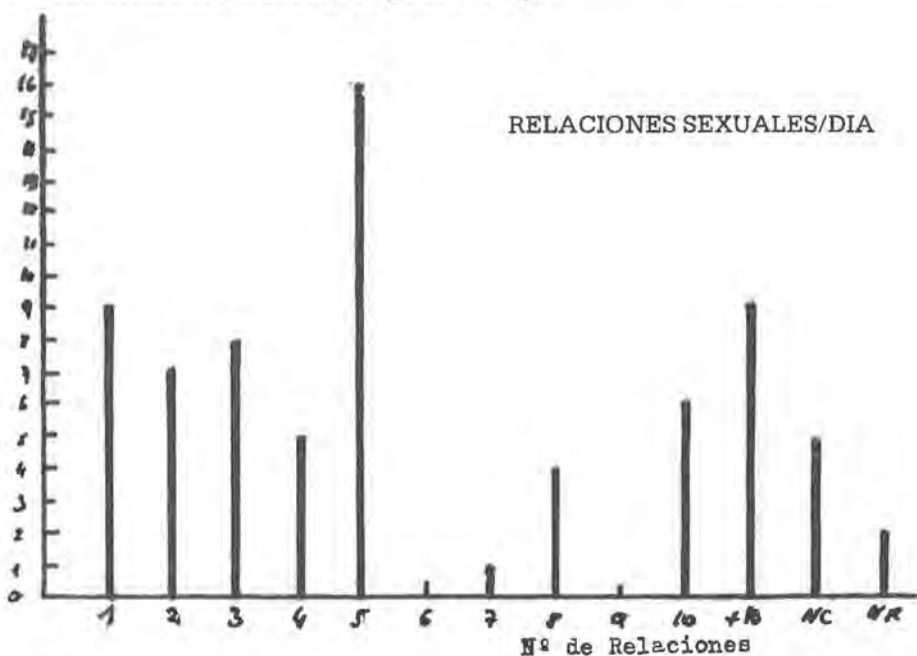
Enfermedades venéreas	12,80%	Policía	2,32%
Inseguridad económica	1,16%	N/C	3,48%
Problemas familiares	1,16%	Todos	29,07%
Horario de trabajo	1,16%	Ninguno	15,11%
Los clientes	14, %	NR/NS	15,11%
No sé, un montón	1,16%	Las compañeras	1,16%

En la mayor parte de las respuestas hay un componente negativo con respecto al tipo de pregunta, dado que un gran porcentaje encuentra un gran número de inconvenientes sin definir; otro define los inconvenientes como problemas en el trabajo, en la familia, etc.



#### DESEO DE CAMBIO DE TRABAJO

Nuevamente se puede apreciar cómo la mayor parte de la población encuestada desearía cambiar de tipo de trabajo.



La mayor parte de las encuestadas refieren que tienen más de una relación sexual al día, encontrándose los mayores porcentajes en los que tienen

de tres a cinco relaciones sexuales, que representaría cerca del 40% del total.

También conviene reseñar que hay un tanto por ciento de más del 20% que tienen diez o más relaciones.

Quizás convendría meditar sobre estos datos si se tiene en cuenta que en algunos casos se mantienen relaciones sexuales a pesar de padecer una E.T.S.

METODO ANTICONCEPTIVO	REGLAS	REGLAS	TOTAL	
	NORMALES	ANORMALES	Nº	%
CONDON	1	1	2	2,2
PILDORAS	34	9	43	47,25
D.I.U.	4	1	5	5,5
OVULOS	0	1	1	1,1
NADA	8	3	11	12
INYECCION	4	6	10	11
LIGADURA	7	0	7	7,7
JABONES-GELES	1	0	1	1,1
VACIADA	2	—	2	2,2
MENOPAUSIA	9	—	9	9,9

Hay 5 encuestadas que en el momento de la encuesta están embarazadas

### SISTEMAS ANTICONCEPTIVOS

Es bastante fácil de observar que el método anticonceptivo de elección es el de tipo hormonal utilizado por más del 58% de las encuestadas, correspondiendo los mayores porcentajes a los anticonceptivos orales, con algo más del 47%.

También convendría reseñar que cerca de un doce por ciento no utiliza ningún tipo de anticonceptivos, cifra que se debe considerar como muy elevada, dado el alto riesgo de embarazo que tiene esta población.

En el primer colectivo es posible observar cómo en el caso de una ausencia de hijos no se manifiesta ningún aborto provocado.

También convendría reseñar que la mayor parte de los abortos se han producido en las mujeres que tenían de uno a tres hijos, resaltando una encuestada que responde haber efectuado ocho abortos.

En el colectivo de solteras el porcentaje de abortos es menor, pero en este caso ya aparecen algunos casos de abortos en aquellas que no han tenido ningún hijo. Quizás este hecho también se deba a la diferente situación del status de la soltera dentro de la sociedad.

El tercer colectivo, de separadas o divorciadas, es el que mayor número



de abortos presenta, desde el punto de vista cuantitativo. Creemos que la respuesta podría venir dada por las tensiones sociales, en muchas ocasiones antecedente a la separación o divorcio. Incluso podríamos reseñar que la encuestada que manifestó haber realizado ocho abortos, en estos momentos pertenece ya a este colectivo.

Seguridad Social	SI	NO	
IGUALA	3,41%	19,31%	SI
	22,72%	51,13%	NO
BENEFICENCIA	3,41%		

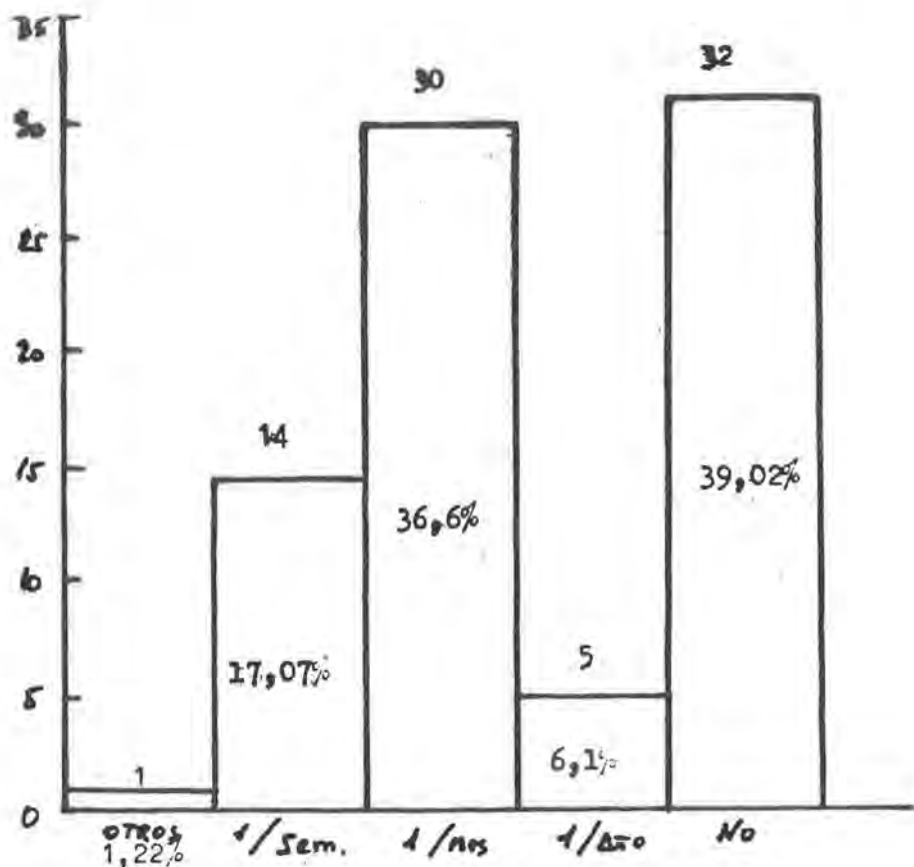
#### COBERTURA SANITARIA

La mayor parte de la muestra encuestada no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria. Esto contrasta con la población general, en que más del 70% se halla protegida por el sistema de Seguridad Social.

Este hecho es un factor que debe de considerarse como importante a la hora de que esta población se decida a dirigirse a algún tipo de consulta médica, ya que al no tener una cobertura sanitaria estable, en la mayor parte de los casos, la solicitud de consulta médica suele ser tardía, circunstancia que provoca que se puedan incrementar los contagios a partir de un foco primitivo que no se diagnostica precozmente.

## ANTECEDENTES DE E.T.S.

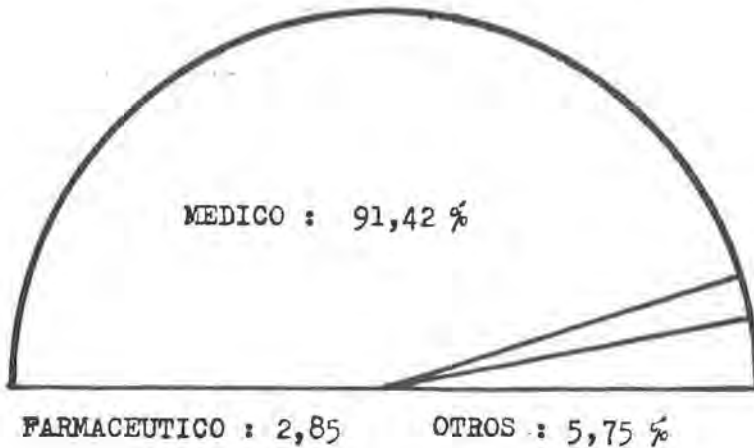
Nº DE CASOS



## FRECUENCIA DE ATENCION SANITARIA

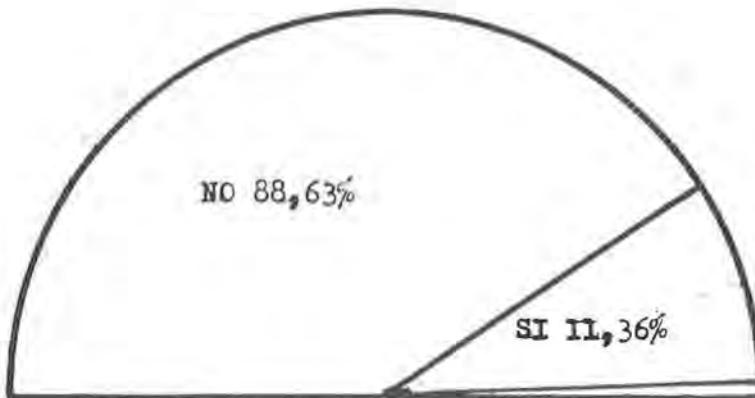
En concordancia con los datos obtenidos a partir de la cobertura sanitaria, es fácil observar que la frecuentación de algún tipo de consulta médica es poco frecuente y dilatada en el tiempo, si se tiene en cuenta el riesgo de contagio que entraña este tipo de profesión para la encuestada y para las personas con las que tiene contacto.

Por ello para paliar este fenómeno, creemos que sería deseable el que se reglamentase al menos la necesidad de una consulta semanal.



## TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA

El mayor porcentaje de la población acude al médico (91,42%) lo que podría implicar un alto grado de confianza en el acto médico de entre las que acuden a la consulta de manera voluntaria, habiendo un porcentaje mínimo que se automedica.

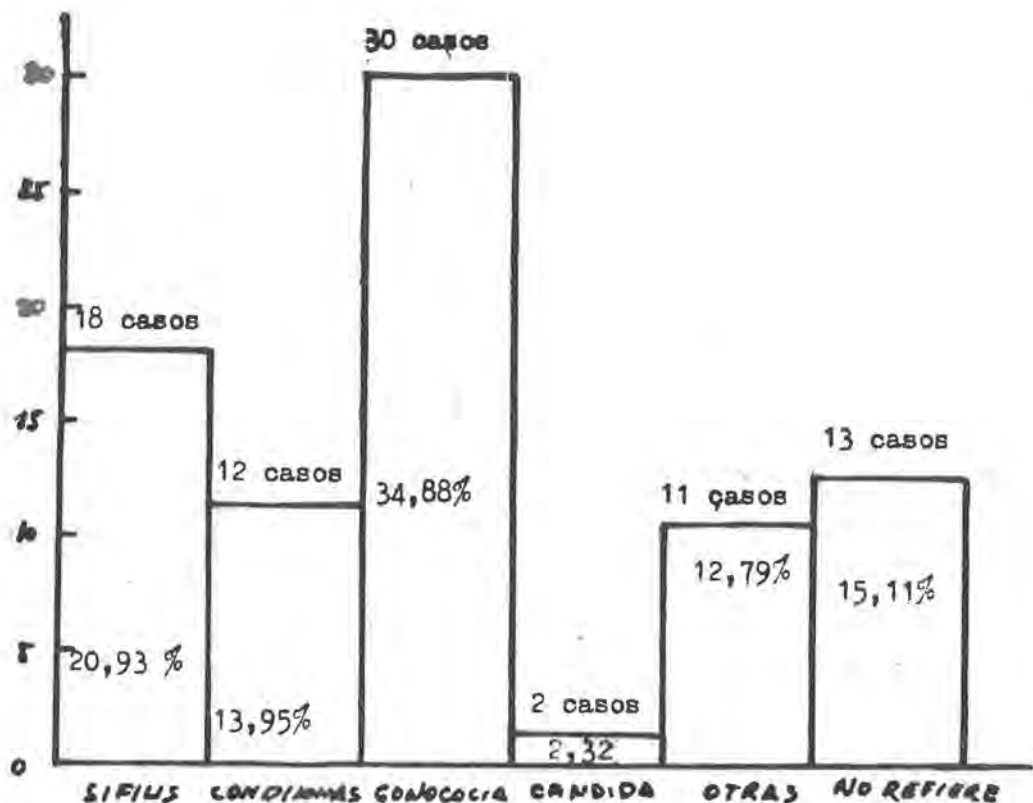


## ALERGIA A ALGUN ANTIBIOTICO

El porcentaje de alérgicos a los antibióticos es muy elevado ya que más del 11% de las encuestadas tiene conocimiento de la existencia de algún tipo de alergia.

Quizás convendría relacionar esta situación con el contacto continuado de este colectivo con fármacos del tipo de las penicilinas.

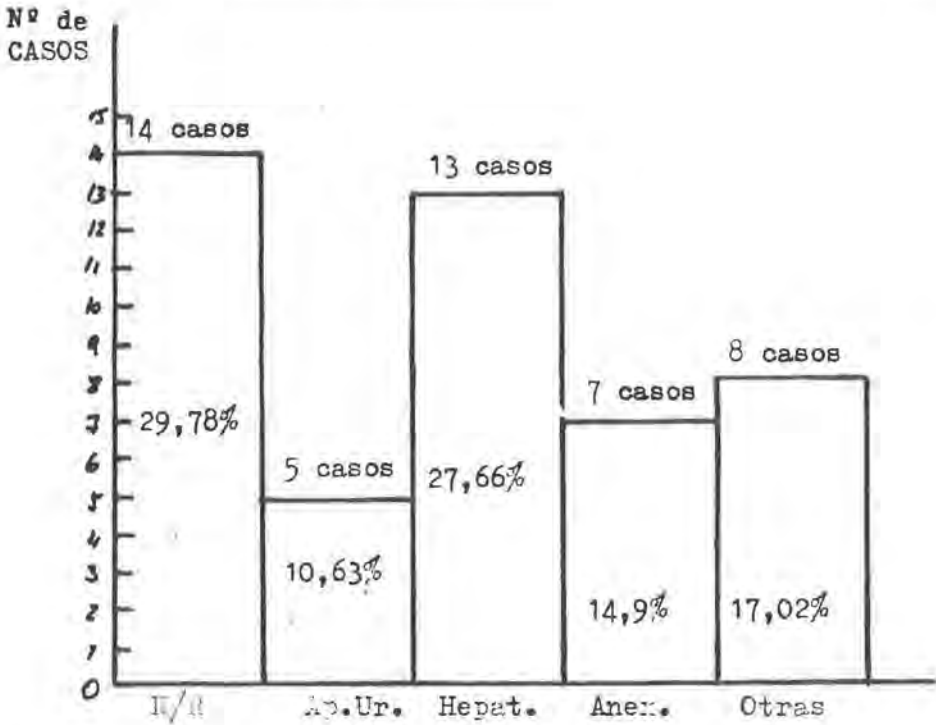
## Nº de CASOS



## ANTECEDENTES DE E.T.S.

Como era esperado la mayor frecuencia de patología de transmisión sexual es la que nos ofrecen las gonococias, siendo de destacar la presencia de porcentaje elevado de sífilis. Quizás este último dato habría que analizarlo en el contexto de que todavía sigue siendo la sífilis la enfermedad considerada a nivel general como de mayor importancia que el resto de enfermedades de transmisión sexual y por ello, a la hora de la anamnesis, se recuerda mejor.

Otro aspecto a destacar es el alto tanto por ciento de condilomas, sobre todo si se tiene en cuenta otras publicaciones sobre E.T.S.



#### ANTECEDENTES CLINICOS

De la observación de las que han respondido a esta pregunta se puede deducir que el mayor porcentaje se corresponde con las que no refieren haber tenido ningún tipo de patología importante. Les sigue en importancia las hepatopatías, pudiendo quizás estar relacionado este problema con el exceso de ingesta de alcohol, el que alguna de ellas presente dependencia a los fármacos, el tipo de alimentación, a lo que se añadiría, el que este tipo de trastorno es muy frecuente en la mujer.

Otra patología que también se halla elevada es la del aparato genital, las anexitis, y la patología de las vías urinarias, que creemos podría estar relacionado con el tipo de profesión que ejercen.

Como puede observarse a través del cuadro, la mayor parte de la población que llega por primera vez, cuando acude al Dispensario, manifiesta que lo hace para que realicemos un control, pero si esto lo comparamos con los resultados que se obtienen después de efectuado el control, es bastante fácil comprobar que el mayor porcentaje de éstas presenta algún tipo de sintomatología relacionada con su trabajo, y que muchas veces está referido a infecciones gonocócicas, etc.

## RAZON DE LA CONSULTA.

RAZON	CONTROL	SINTOMATOLOGIA MESPECIFICA	ULCERAS Y OTROS	LEUCORREA	COITALGIA	DISURIA	OTROS
DIAGNOSTICO SOMATICO	19,36% 13,19%	11,95%		10,8% 7,7%		2,17%	
Ø	19,58% 36,26%	2,17%					
OTROS		2,17%	1,08% 1,19%				
INFECCION MESPECIFICA	13,04% 23,07%	4,34%		3,26% 7,7%			3,3%
HERPES					1,08%		1,08% 1,1%
CANDIDAS	3,26% 3,29%			1,08% 2,20%			
CONDICIONAS		1,08%	1,19%	1,08%			1,08% 2,2%

Ø Datos de la 1ª consulta • Datos de consultas posteriores.

Del segundo colectivo, que llega a la consulta, con la conciencia o sensación de padecer algún tipo de patología, después de efectuado el control presenta un alto porcentaje de enfermedad relacionada con su trabajo.

Si este mismo análisis lo realizamos con las que vienen a la consulta con mayor asiduidad, observaremos que los porcentajes de E.T.S., se ven considerablemente reducidos con respecto a los que sólo efectúan una sola consulta. Quizás ésto sea debido a que desde el punto de vista sanitario haya una mayor regularidad a la hora de seguir los tratamientos y prescripciones que reciben a través de la consulta.

### RESUMEN

Se ha realizado una encuesta sanitario-social acompañada de exámen médico y control de laboratorio en un colectivo de 98 prostitutas las cuales en su mayoría son de: raza blanca, solteras, de 19 a 30 años y de procedencia del País Vasco o zonas limítrofes y preferentemente de zonas periféricas de núcleos urbanos, hallándose un porcentaje también alto de zonas rurales. Un porcentaje elevado poseían vivienda propia, amplia, con servicios sanitarios y en la que comían. Sus relaciones familiares por lo general eran buenas pero la familia desconocía su oficio, dándose en las familias altos porcentajes de cirrosis, alcoholismo y patología psíquica, hecho que se repite en las encuestadas y al que se añaden las dependencias a las drogas. Un porcentaje elevado han tenido trabajo antes, siendo el factor económico sobre todo lo que les mueve a este oficio pese a no agradales ya que tiene los inconvenientes del tipo de trabajo, los clientes y las enfermedades, el número diario de relaciones sexuales más frecuente era de 3-5 y teniendo una gran movilidad geográfica hacia grandes ciudades.

La mayor parte no tienen protección de la Seguridad Social, presentan un alto índice de frecuentación hospitalaria y bajo índice de consulta médica si se tiene en cuenta su trabajo, utilizando como técnica más común para prevención del embarazo los anticonceptivos hormonales orales aunque hay un alto porcentaje que no usan métodos anticonceptivos.

Finalmente la patología más frecuente ha sido la de transmisión sexual con un alto porcentaje de alérgicas a los fármacos.

### RESUME

On a fait une enquête socio-sanitaire avec un examen medical et control de laboratoire chez un collectif de 98 prostituées, qui dans le plupart sont: de race blanche, celibataires, de 19 à 30 ans et de procedence du Pays Vasque ou des aires limitrophes et de preference des aires peripheriques des noyaux urbains et aussi dans un grand pourcentage des zones rurales. Un nombre elevé avaient sa propre maison, large, avec de services hygieniques et dans laquelle elles mangent. Ses relations familiaires en general etaient bonnes mais la famille ne connaissait pas son metier. On a trouvé dans cetttes familles d'élevés pourcentages de cirrose, alcoholisme et pathologie psiquique, ce qui se repete chez les enquetés et aussi les dependances aux drogues. Un pourcentage elevé a eu du travail avant, et il a été surtout le facteur economique qui les a mis dans ce metier malgré les inconvenants du type de travail, des clients et des maladies. Le nombre de rélations sexuelles par jour le plus frequant etait de 3-5 et il y avait une grande mobilité géographique vers les grandes villes. La plupart n'ont pas de protection par la Securite Sociale, present un indice de frequention hospitaliere ele-

vé et un bas indice de consultations médicales si on considéré son travail. Elles utilisent comme methode le plus commun pour prevenir la grossesse les contraceptives hormonales orales, mais il y a un pourcentage élevé d'elles que ne utilisent pas de méthodes contraceptives. La plus fréquente pathologie entre elles sont les maladies de transmission sexuelle et aussi un grand pourcentage de reactions allergiques aux médicaments.

#### SUMMARY

A socio-sanitary survey with medical examination and laboratory control has been carried out in a group of 98 prostitutes, most of them white, single, 19 to 30 years old and coming from the Pais Vasco or from its bounding areas and mainly from the peripheric areas of the urban centres, and also a high percentage from the rural areas. Most of them own a large house with good sanitation where they eat. Their family relations are good in general but the family did not know their occupation. In these families has been found a high percentage of cirrosis, alcoholism and psychiatric problems, which is also found in the surveyed persons plus the dependance on drugs. A high percentage of them had before a job, being the economic factor what pushed them to prostitution even they do not like it because of the inconvenients of this work, of the clients and of the diseases. The daily number of sexual relations was 3-5 and they have a great geographical mobility to the big cities. Most of them are not covered by Social Security and they show a high index of hospitalization and a low index of medical visits taking into consideration their work. They use as the most common method of prevention of pregnancy the oral hormonal contraceptives but a high percentage of them use no contraceptive method. The most frequent pathology is STD and allergic reactions to drugs.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ATWOOD, W.G. y MILLER, J.L.: *Int. J. Dermatol* 9: 259, 1970.
2. BROWN, W.J.; KUHN, U.S.G.; TOLLIVER, E.A. y NORINS, L.C.: *Br. J. Vener Dis* 46: 198-200, 1970.
3. DAVIS, C.M.: *JAMA* 211: 632, 1970.
4. DOURY, J.C. y CHASTEL, Cl.: *Rev. Epidemiol Med. Soc. et Sant. Pub.* 22: 51, 1974.
5. FLEMING, W.C.; BROWN, W.J.; DONOHUE, J.F. y BRANIGAN, P.: *JAMA* 211: 1.827-30, 1970
6. GREGORY, J.E. y CUNDY, K.R.: *Appl. Microbiol.* 10: 268, 1970.
7. GREGORY, J.E. y PAYNE, F.E.: *Am. J. Obstet Gynecol.* 107: 220, 1970.
8. HOLMES, K.K., JOHNSON, D.W. y THROSTLE, H.J.: *Am. J. Epidemiol.* 91: 170, 1970.
9. IZZART, N.N.; SMITH, E.B. y JACKSON, S.W. y KNOX, J.M.: *Br. J. Vener Dis.* 4: 335, 1971.
10. LIND, J. Br.: *J. Vener Dis.* 49: 454, 1973.
11. LOGAN, L.C.; NORINS, L.C.; ATWOOD, W.G. y MILLER, J.L.: *J. Invest. Dermatol.* 53: 300-301, 1969.
12. MARTIN-BOUYER, G.; GAIGNOUX, Y. y VEIGA-PIRES, H.: *Rev. D'epidemiol. Med. Soc. et Sant. Pub.* 22: 63, 1974
13. MEHEUS, A.; DE CLERG, A. y PRAT, R.: *Br. J. Vener. Dis.*, 50: 50, 1974.
14. NIELSEN, R.: *Br. J. Vener. Dis.* 46: 153, 1970.

15. RAWLS, W.E.; GARDNER, H.L. y KAUFMAN, R.L.: *Am. J. Obstet Gynecol.* 107: 710, 1970.
16. ROYSTON, I. y AURELIAN, L.: *Am. J. Epidemiol.* 91: 531, 1970.
17. Seminario Viajero Internacional auspiciado por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud y por la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematosis. *Bol. de la Of. San Pan.* LXXVII: 420, 1974.
18. Serie de Informes Técnicos de Organización Mundial de la Salud. 616, 1978.
19. SWANSON, J., KRAUS, S.J. y GOTSCHLICH, E.C.: *J. Exp. Med.* 134: 886, 1971.
20. WELCH, B.G. y RELLY, R.J.O.: *Infect Dis.* 127: 69, 1973.
21. WILLCOX, R.R. y JOHN, J.: *Br. J. Vener. Dis.* 52: 256, 1976.
22. WILLCOX, R.R. y WILLCOX, J.R.: *Upjohn 2*: 1982.
23. WILLCOX, R.R.: *Bull W.H.O.* 59: 655, 1981.



## **Pautas terapéuticas en la meningitis bacteriana aguda**

ESTEVEZ, E. \*; MARTINEZ-MARTIN, P. \*; RAPUN, J.L. \*;

### **Introducción**

El término «meningitis» corresponde a un proceso inflamatorio de las leptomeninges (pia y aracnoides) y del líquido que estas membranas contienen, en las que en mayor o menor cuantía participa siempre el tejido nervioso subyacente.

Las meningitis bacterianas agudas deben ser consideradas siempre como una enfermedad grave, manifestándose habitualmente como un cuadro agudo o subagudo, con signos y síntomas de irritación meníngeos y manifestaciones de disfunción neurológica de intensidad variable; en otras ocasiones tales como el recién nacido, el paciente tratado previamente de forma insuficiente, o que muestra enfermedad crónica subyacente, el cuadro clínico puede ser muy vago, siendo preciso mantener la sospecha y actuar de forma sistematizada para confirmar o descartar dicho proceso.

El curso habitualmente rápido, de estas enfermedades obliga a un diagnóstico inmediato, seguido del tratamiento adecuado, puesto que un retraso en éste tiene implicaciones pronósticas. Aunque el diagnóstico etiológico en ocasiones no se tendrá inmediatamente, se instaurará tratamiento antibiótico, recordando que aunque cualquier bacteria puede producir una meningitis; son pocas las que producen la mayor parte de las meningitis.

### **Clínica**

Recordemos que la mayoría de los pacientes que padecen una meningitis bacteriana presentan asociados datos de infección y de afectación del Sistema Nervioso Central.

\* Servicio de Neurología. Hospital del Rey, Madrid.

#### A. *Manifestaciones del síndrome infeccioso:*

Consisten en la presentación de malestar general, odinofagia, artromialgias y/o fiebre instaurados en un periodo de horas a pocos días.

Otros elementos que aparecen con relativa frecuencia son diversas lesiones cutáneas que orientaran acerca del posible agente etiológico; así la púrpura petequiral reducida a escasos elementos en miembros, y otras veces confluentes en tronco y de mayor tamaño, indicativas comúnmente de sepsis meningocócica (1, 2), siendo estas últimas de peor pronóstico; pero además de este germen otros organismos son asimismo capaces de producir lesiones en la piel (*N. gonorrhoeae*, *Mima polymorpha*, estafilococos, neumococos, estreptococos, *H. influenzae*, virus Echo tipo 9...) (3, 4); en otras ocasiones un herpes labial más o menos intenso, artritis localizadas y con menos frecuencia cuadros de shock séptico ensombrecen el pronóstico (4, 5).

Las manifestaciones clínicas pueden ser vagas en algunos pacientes como lactantes, ancianos, alcohólicos, pacientes con enfermedades crónicas o inmunodeprimidos o los que han recibido previamente tratamiento antibiótico (6).

#### B. *Manifestaciones del síndrome meníngeo.*

Dentro de éstas nos encontramos con el síndrome meníngeo, compuesto por signos y síntomas, siendo los más frecuentes rigidez de nuca, signo de Kernig y Brudzinski y otros, acompañado por cefalea, náusea y vómitos... El meningismo representa una reacción inespecífica del organismo frente a un estímulo irritativo; este no es sinónimo de meningitis bacteriana, ya que para que esto exista es preciso la coexistencia de alteraciones del LCR y el crecimiento de gérmenes en su cultivo.

#### C. *Manifestaciones Neurológicas.*

Es muy frecuente en las meningitis bacterianas la alteración del estado de conciencia, que puede variar del estupor al coma; en ocasiones parálisis de nervios craneales (III, VI, VII, VIII...) así como síndromes focales (parecias, convulsiones...) e hipertensión intracraneal (con alteraciones en el fondo de ojo, de tipo congestivo) que ensombrece el pronóstico cuando ésta es severa al inicio del cuadro (8).

### **Diagnóstico etiológico y estudio del LCR**

Se basará en la clínica antes descrita y confirmará, previa valoración del enfermo, con la realización de la punción lumbar (P.L.), mediante técnica

correcta y estudio posterior completo del LCR así obtenido, así como de los demás parámetros que resumimos en el siguiente cuadro.

### **Indicación habitual**

- Historia clínica (Anamnesis)
- Exploración general: Piel, petequias  
AC  
S.N. F. de O. Pares cran.
- S. Sangre: Hemograma
- S. de Orina (sedimento)
- Glucemia (simultánea a exámen LCR)
- Urea, Iones, Creatinina, PCR
- P. L. y estudio LCR (riesgo herniación?)
- Cultivos: Sangre (previo inicio tto.)  
LCR  
Otros (orina, nasofaringe, petequias, oído)
- Rayos X - tórax, cráneo
- EEG.

Otros estudios estarán indicados eventualmente; así, gasometría arterial, coagulación, proteinograma e inmunoglobulinas estudio del complemento, sérología, proyecciones radiológicas especiales de cráneo, TAC cerebral... etc.

Sin embargo, en muchas ocasiones, hasta en un 45% de las meningitis purulentas en nuestro medio no se logra aislar el agente causal (14). A continuación mencionaremos las posibles causas de negatividad de los estudios bacteriológicos (11).

### **Causas de negatividad de estudios microbiológicos**

- Causas clínicas*
  - Punción Lumbar PRECOZ
  - Tratamientos antimicrobianos inadecuados o insuficientes (MAL TRATADAS)
  - Otras meningitis
- Causas microbiológicas*
  - Técnicas inapropiadas
  - Tardanza en siembra
  - Refrigeración del LCR
  - Contaminantes externos (tubos)
  - Cultivos inadecuados
  - Dificultades específicas cultivo-tinción
  - Variación de concentración germen.

## Tratamiento

Para la mayor efectividad de la medicación antimicrobiana se debe mantener al paciente en las mejores condiciones y evitar la aparición de las posibles complicaciones. Así pues realizaremos:

### A.—*Medidas terapéuticas generales:*

En los primeros momentos es necesario vigilar la situación general del paciente (coloración de piel, cifras tensionales, pulso, respiración, temperatura, volumen de orina...) anticipándonos a los problemas que con gran frecuencia se presentan en las meningitis bacteriana tales como sepsis y/o shock, alteración del estado de conciencia, que obligarán al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UVI) siendo preciso en ocasiones intubar y conectar la respiración controlada, administrar drogas vaso-activas, expansores del plasma, corticoides.

Inicialmente, el paciente no debe recibir nada por vía oral, dado que puede producirse vómitos, y es así como mejor se previene la bronco-aspiración. Por vía intravenosa (i.v.) se administrará el tratamiento antibiótico y los fluidos necesarios, con precisión en los balances hidroelectrolíticos (control de iones, pH y gases, CID o coagulopatías de consumo, corrigiendo sus alteraciones). Se debe valorar la secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIHA) en la hiponatremia frecuente en las meningitis bacterianas (13).

En caso de aparición de convulsiones, se debe mantener una vía aérea permeable y administrar medicación anticonvulsivante adecuada (fenobarbital sódico, difenilhidantoína y si es necesario Diazepan).

Con el fin de disminuir la hipertensión intracraneal además del control hídrico correcto, se usarán diuréticos osmóticos (manitol al 20% a dosis de 1-2 gr./Kg. peso con intervalo de 4 horas) y/o glycerol (por sonda nasogástrica), así como corticoides (dexametasona 4-8 mg. I.V. como dosis inicial pudiendo repetir la dosis a las 8 ó 12 horas, con disminución de la dosis a partir de las 48 h.), aunque algunos autores dudan de su efecto (15).

### B.—*Tratamiento antibiótico*

En las meningitis bacteriana es esencial un tratamiento rápido y éste se instaurará sin esperar el resultado de las pruebas del laboratorio. En las tablas 1 y 2 detallamos los gérmenes más frecuentes según la edad (16) y en nuestro medio (14), y en la tabla 3 aconsejamos el tratamiento antibiótico inicial antes de conocer la etiología (17, 18); la elección del antibiótico depende indudablemente del agente etiológico, de su difusión a través de la barrera

TABLA I

## ETIOLOGIA MENINGITIS BACTERIANA MAS FRECUENTE (Según edad)

Del nacimiento a los 2 meses:

*Streptococcus* Grupo B*E. coli**Listeria monocytogenes**Haemophilus influenzae**(S. pneumoniae, Staphylococcus, Proteus mir.**Pseudomonas aerug., Klebsiella)*

De 3 meses a 3 años:

*N. meningitidis**H. influenzae**S. pneumoniae*

De 3 años y adultos:

*N. meningitidis**S. pneumoniae*

Vejez:

*S. pneumoniae**N. meningitidis*

TABLA II

## CAUSAS MAS FRECUENTES

*H. influenzae**N. meningitidis**S. pneumoniae*

Germen Desconocido (9-17%)

ESPAÑA:

*N. meningitidis* (50%)

Germen Desconocido (40-45%)

*S. pneumoniae* (5%)

OTRAS

TABLA III

Tratamiento antibiótico inicial (antes de conocer la etiología)

Situación Clínica	Antibiótico de elección	Alternativa
—Neonatos	—Ampicilina y Gentamicina	—Cloranfenicol y Gentamicina
—> 2 meses y niños	—Ampicilina sola o (asociar Cloranfenicol)	—Cloranfenicol y Eritromicina
—Adultos	—Penicilina G ó Ampicilina	—Cloranfenicol
—Focos infecciosos Parameningeos (otitis, sinusitis...)	—Penicilina G (o asociar Fosfomicina)	—Cloranfenicol (ó Eritromicina) y Gentamicina
—Fracturas cráneo		
—Inmunodeprimidos, Drogadictos	—Oxacilina ó Ticarcilina (ó Carbenicilina) y Gentamicina	—Eritromicina y Gentamicina

hematoencefálica (mayor con meninges inflamadas), (18, 32) y menores efectos secundarios. En la tabla 4 ponemos las dosis de los antibióticos más usados sin incluir las dosis de la vía intratecal (17, 19, 20).

La duración del tratamiento antibiótico es diferente según la etiología, la edad del paciente y la evolución, atendiendo criterios clínicos licuorales. Habitualmente en los casos con buena evolución la terapia duraría 7-10 días aunque ocasionalmente se requieren períodos mayores.

En la tabla 5 resumimos el germen causal, con el antibiótico de elección y el tratamiento alternativo, así como si se recomienda tratamiento intratecal; se incluyen las cefalosporinas de la tercera generación, cefotaxima y moxalactan, aunque esta última se ha relacionado con trastornos hemorrágicos severos, siendo preferida la primera en lugar de aminoglucósidos (21).

En algunas ocasiones se requiere tratamiento quirúrgico; tal es el caso de los abscesos cerebrales o colecciones subdurales, y en el tratamiento de algunas meningitis bacterianas recurrentes (23).

### C.—*Tratamiento preventivo*

La profilaxis se basará sobre la quimioprofilaxis y la vacunación.

—Quimioprofilaxis: Un numeroso grupo de fármacos se ha mostrado ineficaz (ampicilina, cefalexina, eritromicina, trimetropin-pirimetamina y otros) (24, 25, 26) por sus bajas concentraciones en saliva; también la existencia de cepas de meningococos resistentes a la sulfamidas es cada vez más frecuente, habiendo éstas perdido su importancia como agente terapéutico. En la actualidad, aunque no se ha valorado suficientemente la penicilina G a dosis terapéuticas, son la minocilina y la rifampicina, por tener más altas concentraciones en secreción salivar, las que se han mostrado efectivas para la erradicación del meningococo en el 70-90% de las ocasiones (27, 28). La minocilina tiene efectos secundarios importantes (sobre todo vestibulares) lo que desaconseja su uso; la rifampicina crea resistencia hasta en el 27% de los casos, (29) y sus dosis son de 10-15 mg./Kg./día y de 5 mg./Kg. en niños menores de 1 año (17).

Nuestra pauta se basa en no dar terapia complaciente y sí observación de los que conviven con el paciente, debiendo éstos acudir al médico, en caso de inicio de los síntomas antes descritos.

—Vacunación: Durante los últimos años, se han desarrollado vacunas de polisacáridos capsulares de los meningococos A y C, demostrando que sus antígenos son estímulos eficaces (30), y no del meningococo B (por dificultades en la falta de poder antigénico de sus polisacáridos capsulares), siendo éste el responsable del 80-90% de las infecciones meningocócicas en nuestro medio, no estando por esto indicada la vacunación.

TABLA IV

## DOSIS MAS USUALES DE ANTIBIOTICOS EN MENINGITIS BACTERIANAS

—Ampicilina		
hasta 2 meses .....	150-200 mg./Kg./Día (cada 4 h.)	
Resto .....	300-400 mg./Kg./Día	
—Penicilina G		
hasta 2 meses .....	150.000 U./Kg./Día (cada 4 h.)	
Resto .....	250.000 U./Kg./Día	
—Cloranfenicol		
hasta 2 meses .....	25-100 mg./Kg./Día	
Resto .....	100 mg./Kg./Día	
—Gentamicina	5 mg./Kg./Día	
—Tobramicina	5 mg./Kg./Día	
—Amikacina	15 mg./Kg./Día	
—Fosfomicina		
niños .....	250 mg./Kg./Día	
adultos .....	16 gr./Día (4 grs./6 horas)	
—Oxacilina		
hasta 2 meses .....	50-100 mg./Kg./Día	
niños .....	200 mg./Kg./Día	
adultos .....	12 grs./Día	
—Carbenicilina		
hasta 2 meses .....	400 mg./Kg./Día	
adultos .....	24-36 grs./Día	

TABLA V

## TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EN MENINGITIS BACTERIANA DE ETIOLOGIA CONOCIDA

Germen	Antibiótico de elección	Vía	Alternativa
<i>GRAM-POSITIVO</i>			
<i>S. pneumoniae</i> (neumococos)	Penicilina G (ó asociar Fosfomicina)	I.V.	Cloranfenicol (ó asociar Eritromicina)
<i>Streptococcus</i> , gr. A y B	Penicilina G	I.V.	Eritromicina
<i>Streptococcus</i> , gr. D (Enterococos)	Penicilina G y Gentamicina	I.V.	Vancomicina y Genta- micina (opcionalmente Gentamicina intratecal)
<i>Staphylococcus</i>	Oxacilina (ó Nafcilina)	I.V.	Vancomina o/Meticilina
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina o Gentamicina	I.V.	Eritromicina
<i>GRAM-NEGATIVO</i>			
<i>N. meningitidis</i> (Meningococo)	Penicilina G	I.V.	Cloranfenicol (opcionalmen- te Moxalactan ó Cefotaxima)
<i>H. influenzae</i>	Ampicilina ó Cloranfenicol	I.V.	Cloranfenicol (opcionalmen- te Moxalactan ó Cefotaxima)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Carbenicilina y Gentamicina	I.V. I.T.	Ticarcilina (ó Azlocilina) y Gentamicina
<i>Germenes Entéricos Gram (-)</i>			
( <i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> , <i>Klebsiella</i> )	Ampicilina o Cloranfenicol más Gentamicina	I.V. I.T.	Moxalactan o Cefotaxima (con/sin Aminoglucósidos)

Asimismo existen vacunas para algunas cepas de neumococos y se están iniciando ya para el *H. influenzae*, *E. coli* y *Estreptococo B*, (31) con pobres respuestas inmunogénicas y no indicadas en pacientes menores de 2 años (quizás una de sus indicaciones sean los pacientes con meningitis recurrentes).

Creemos que estamos ante el inicio de lo que realmente serán las vacunaciones para las enfermedades infecciosas y que en unos años próximos serán efectivas.

#### RESUMEN

Los autores, tras hacer un resumen rápido de las manifestaciones clínicas y del diagnóstico de la meningitis bacteriana aguda, dan las pautas de tratamiento tanto general como antibiótico, haciendo comentarios asimismo sobre el tratamiento preventivo.

#### RESUME

Les auteurs, après avoir fait un rapide résumé des manifestations cliniques et du diagnostic de la meningite bacterienne ague, donnent les règles du traitement general et antibiotique, et ils commentent aussi sur le traitement preventive.

#### SUMMARY

The authors, after a rapid survey of the clinical pictures and of the diagnosis of acute bacterial meningitis, give the pattern of its general and antibiotic treatments and they comment also on the preventive treatment.

#### BIBLIOGRAFIA

1. SWART, M.N.: Bacterial meningitis. En P.E. Beeson, W. Mc. Dermott y J.B. Wyngaarden. *Textbook of Medicine*, 15° Ed. W.B. Saunder Co., Filadelfia 414-416, 1979.
2. TOEWS, W.H. y BASS, J.W.: Skin manifestations of meningococcal infection. *Am. J. Dis. Child.* 127, 173-176, 1974.
3. CARPENTER, R.R. y PETERSDORF, R.G.: Clinical spectrum of bacterial meningitis. *Am. J. Med.* 33, 262-275, 1962.
4. FROTHINGHAM, T.H.: Echo virus typhé a associated with three cases simulating meningococemia. *N. Engl. J. Med.* 259, 484-485, 1958.
5. SICILIA, T.; ROMERO, J.: Enfermedad Meningocócica. *Pathos*, 4, 81-95, 1980.
6. TRANCHUBIA, MARTINEZ-MARTIN, P. y PORTERA, A.: Enfermedades infecciosas: Perea, E. En Salvat Edit., 310-320, 1983.
7. PLUM, F. y POSNER, J.B.: Lo esencial del estupor y coma. *Manual Moderno*. México. pp. 234-242, 1973.

8. SWARTZ, M.N. y DOGDE, P.R.: Bacterial meningitis selected aspects. *N. Engl. J. Med.* 272, 725-787, 1965.
9. CONROD, J.D.; RYTEL, M.W.: Determination of etiology of Bacterial Meningitis by Counter-immunoelectrophoresis. *Lancet* 1, 1.154, 1972.
10. RONALD N.; LIPSEY, A.; SIEGEL, S.E.: Detección rápida de meningitis bacteriana gram-negativo por la prueba del lisado del límulo. *New. Engl. J. Med.* (Ed. Española), 8, 92, 1974.
11. PORTERA, A. y RODRIGUEZ-NORIEGA, A.: Tratamiento de las meningitis. *Inf. Terap. de la S.S.* 2, 73-84, 1978.
12. FEIGIN, R.D.; DOGDE, P.R.: Bacterial meningitis: «Newer concepts of pathophysiology and neurologic sequelae». *Pediatr. Clin. North. Am.* 23: 541-556, 1976.
13. FEIGIN, R.D.; KAPLAN, S.: «Inappropriate secretion of antidiuretic hormone (ADH) in children with bacterial meningitis». *Am. J. Clin. Nort. A.*, 30: 1.482-1.484, 1977.
14. RAPUN, J.L.: Meningitis bacteriana no meningocócica. *Consulta*, 37, 16-20, 1977.
15. DE LEMOS, R.A.; HAGGERTY, R.J.: Corticosteroides as adjunct to treatment in bacterial meningitis. A controlled clinical trial». *Pediatrics* 44: 30-34, 1969.
16. BELL, W.E. Mc. CORNICK: Neurologic Infections in children, Second edition, en A.J. Schaffer, Philadelphia, Saunders, 1981.
17. SAGAR, S.M.: Infectious Diseases. En Samuels M.A., Edit. «Manual of neurologic therapeutics». 2ª Edit. Boston; Little, Brown and comp. cap. 8: 137-198, 1982.
18. NORBY, R.: A Review of the Penetration of antibiotics into CSF and its clinical significance. *Scand. J. Infet. Dis. Suppl.* 14: 296-309, 1978.
19. BELL, W.E.: Treatment of Bacterial Infections of the Central Nervous system. *Ann. Neurol.* 9: 313-327, 1981.
20. TANBER, M.G.; SANDE, M.A.: Principles in the treatment of Bacterial Meningitis. *Am. J. Med.* 76: 224-230, 1984.
21. The Medical Letter. On Drugs and therapeutics. En Prons J.R., Ed. Inter. (Edic. Español) Vol. VI, nº 9, 1984.
22. Mc CRACKEN, G.H.; THERLKELD, N. y COLS.: Moxalactam therapy for Neonatal Meningitis due to Gram-negative Enteric Bacilli. *JAMA*, 252: 1.427-1.432, 1984.
23. MARTINEZ-MARTIN, P.; ESTEVEZ, E.; RAPUN, J.L.: Meningitis Bacteriana Recurrente. «Análisis de una serie de 45 casos». *Arch. de Neuro.* 5: 307, 1984.
24. CASAL, J.: Aspectos preventivos de las meningitis meningocócica; *Tribuna Médica* 801, 10, 1979.
25. FINLEY, R.A.: Prophylaxis against meningococcal disease. *JAMA*, 236: 459, 1976.
26. HALL, B.D.: Failure of ampicillin in meningitis. *Lancet* 1: 1.033, 1968.
27. GUNTTLER, R.B.; COIMTS, G.W.; AVENT, C.H. y COLS.: Effect of rifampin and minocycline on meningococcal carrier rates. *J. Inf. Dis.* 124: 199-205, 1971.
28. ARTENSTEIN, M.S.: Prophylaxis for meningococcal disease. *JAMA*, 231: 1.03, 1975.
29. DEANE, G.E.: Efficacy of rifampin in treatment of meningococcal carriers. *N. Engl. J. Med.* 281: 641-645, 1969.
30. ARTENSTEIN, M.S.; GOLD, R.; ZIMMERLY, J.D. y COLS.: Prevention of meningococcal disease. *N. Engl. J. Med.* 282: 417-420, 1970.
31. ROBBINS, J.B. y COLS.: Escherichia coli K, capsular polysaccharide associated with neonatal meningitis. *N. Engl. J. Med.* 290: 1.216-1.226, 1974.
32. SICILIA, T.; ESTEVEZ, E.; RODRIGUEZ, A.: Fosfomicin Penetration into the cerebrospinal Fluid of Patients with Bacterial Meningitis. *Chemioter.* 27: 405-413, 1981.



## **Estudio epidemiológico en manipuladores de alimentos de un Hospital**

REVILLO PINILLA, M.J.; GARCIA MATA, J.R.; MUNIESA CUENCA, M.P.; ARRIBAS LLORENTE, J.L.; SARASA CONCELLON, J.; SARRIA AMIGOT, J. y GARCIA MOYA, J.B.

### **Introducción**

Dentro de la normativa vigente que regula el control de manipuladores de alimentos, y de común acuerdo con la Dirección Provincial de la Salud de Zaragoza, se han estudiado durante los años 1981 y 1982 los manipuladores de los tres hospitales que componen la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social de Zaragoza.

El control Sanitario que, por parte de los diferentes Servicios de Salud, se establece a las personas que intervienen en la amplia cadena de obtención, elaboración, preparación y distribución de los productos alimentarios, se clasifica plenamente dentro de las actividades de *Protección de la Salud*.

Desde el descubrimiento de *Salmonella enteritidis* por Gaertner en 1888, como agente etiológico de un brote de toxiinfección alimentaria, se sabe que la presencia de flora bacteriana patógena o sus productos tóxicos en el alimento, son una importante y habitual causa de un grupo de síndromes y síntomas que se encuadra dentro de lo que damos en llamar toxiinfecciones e intoxicaciones alimentarias, importantes dentro de las actividades de Salud Pública, por su magnitud, trascendencia, daño social y económico y sobre todo con la posibilidad de intervención sanitaria (TABLA 1).

Se habla de intoxicaciones alimentarias de origen bacteriano cuando son debidas a la presencia de exotoxina que es preformada por el germen y

vertida en el alimento antes de la ingestión; y de infección alimentaria, cuando el responsable del cuadro clínico es la presencia del propio germen en el alimento en cantidad suficiente para ser infectante.

### Material y Métodos

Se han estudiado 202 manipuladores durante el año 1981, y 200 en 1982. Correspondientes al personal perteneciente a cocinas y cafeterías de esta Ciudad Sanitaria (cocineros, camareros y pinches).

Fueron sometidos a la toma de muestra rinofaríngea bilateral, vía nasal profunda, con hisopo que era enviado de forma inmediata al laboratorio de Microbiología, entregándose a cada manipulador un envase para la recogida de heces.

En ese momento se procedía a la entrega de una hoja de información sanitaria sobre normas de higiene individual para la manipulación de alimentos que fué elaborada para tal fin. Todo ello sin detrimento del reconocimiento médico anual que se realiza.

Una vez remitidas las muestras a laboratorio, fueron procesadas de acuerdo con los métodos estándar para la búsqueda de *S. aureus* a partir de los frotis rinofaríngeos y de *Salmonella-Shigella* a partir de las heces:

TABLA 1  
TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS DE CAUSA BACTERIANA

GERMEN	CONTROL PORTADORES
SALMONELLA	X
STAPHYLOCOCCUS AUREUS (Enterotoxina)	X
CLOSTRIDIUM PERFRINGENS	0
CLOSTRIDIUM BOTULINUM (Toxina)	0
VIBRIO PARAHAEMOLYTICUS	0
OTROS:	
—BACILOS AEROBIOS ESPORULADOS	0
—E. COLI ENTEROPATOGENO	0
—SHIGELLA	X
—PROTEUS, PSEUDOMONAS...	0

1) Para *S. aureus* siembra en placas de agar sangre y tioglicolato.

A las 18 horas de incubación a 37° C., se procedió a la lectura de las placas en base a la presencia de colonias lisas, opacas, blanco-amarillentas o amarillo-dorado, que microscópicamente correspondían a cocos Gram

positivos y que la prueba de la catalasa era positiva realizándose finalmente la prueba de la coagulasa.

Tras la identificación como estafilococo coagulasa positivo se realizó el antibiograma por el método disco-placa.

La fagotipación de las cepas fue realizada por el Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias de Majadahonda (C.N.M.V.I.S.).

- 2) Para la búsqueda de *Salmonella-Shigella*, siembra de una dilución de las heces en los medios siguientes:

- SS - MacConkéy - Agar Sangre y - Tetrationsobilis

Tras 18 horas de incubación a 37°C., se examinó la presencia de colonias lactosa negativas, productoras o no de SH<sub>2</sub>, las cuales se identificaron mediante los test bioquímicos habituales para enterobacterias y aquellas que correspondían a los géneros *Salmonella* o *Shigella* se confirmaron serológicamente mediante aglutinación con los antiseros correspondientes (somáticos y flagelares).

La identificación serológica se confirmó posteriormente por el Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología de Majadahonda.

A partir del medio de tetrationso y después de su incubación, siembra en placas de SS y MacConkey que a las 18 horas de incubación a 37°C., fueron examinadas de acuerdo con el esquema que acabamos de comentar.

El antibiograma se realizó por el método disco-placa, siguiendo técnicas estándar.

Los resultados eran remitidos al Servicio de Medicina Preventiva, tramitándose la obtención y entrega del carnet preceptivo de manipuladores de alimentos, con una validez anual, a aquellos en que los datos de exploración y bacteriológicos, los incluían como personas «que no padecen enfermedad contagiosa ni han sido clasificados como portadores de gérmenes patógenos».

La aparición de *S. aureus* en frotis rinofaríngeo, era tratada localmente a base de una pomada de Bacitracina - Zinc y Sulfato de Neomicina, mediante dos aplicaciones al día durante diez días y nueva obtención de muestra después de tres días sin tratamiento.

La presencia de *Salmonella* en heces se trató con amoxicilina 1 gr./8 h., durante diez días, y nueva obtención de tres muestras consecutivas después de tres días sin tratamiento, con una revisión a los seis meses. En todos los casos de positividades se realizó encuesta epidemiológica y se extendió la baja laboral hasta la negativización de los tres coprocultivos seriados.

## Resultados y discusión

Los porcentajes de control representan en los años 1981 y 1982 (TABLA 2) un 93,56% y 96,50% para el frotis rinofaringeo, y un 83,16% y 94,50% para el control de heces.

Este ha sido el objetivo más difícil de cumplir dentro del programa de control de manipuladores, atribuible a una insuficiente educación sanitaria del personal. No obstante y debido a la utilización de diferentes y numerosas vías de citación, el número y porcentaje de manipuladores de alimentos controlados, refleja solamente ausencias que pueden considerarse como justificadas.

TABLA 2  
CONTROL SANITARIO EN MANIPULADORES DE ALIMENTOS  
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social. Zaragoza

centro	1981					1982				
	Nº mani- puladores	F. rinofaringeo		Heces		Nº mani- puladores	F. rinofaringeo		Heces	
		Núm.	%	Núm.	%		Núm.	%	Núm.	%
RG	92	92	100	86	93,47	91	86	94,50	83	91,20
HMI	51	49	96,07	38	74,50	50	49	98,00	49	98,00
CRTQ	59	48	81,35	44	74,57	59	58	98,30	57	96,61
Total	202	189	93,56	168	83,16	200	193	96,50	189	94,50

Si nos referimos a los porcentajes de aislamientos en frotis rinofaringeo (TABLA 3) en el año 1981, se encontró un 25,92% de portadores de *S. aureus* y un 23,83% en 1982, estimando una media del 24,87% de portadores en los años 1981 y 1982, sin que exista una diferencia estadísticamente significativa entre los casos aparecidos en 1981 y 1982 ( $p < 0,05$ ). Cabe destacar que de los manipuladores portadores de *S. aureus* en 1982, un 41,30% de ellos lo habían sido también en el año 1981.

Se han estudiado, asimismo, los fagotipos de las cepas aisladas durante 1982, siendo los estafilococos pertenecientes al grupo fágico I y N.T. los más frecuentes, datos que son coincidentes con los que obtuvo el C.N.M.V.I.S. en 1980 y con los que procedían exclusivamente de la Dirección Provincial de la Salud de Zaragoza en ese mismo año (TABLA 4)..

Se ha observado una alta persistencia de *S. aureus* en rinofaringe post-tratamiento, (GRAFICO 1), ya que en un 15,23% de las personas mostraron presencia de *S. aureus* aún después de tres tandas de tratamiento. Es importante destacar que la persistencia de *S. aureus* se debió en un 66,6% a la recolonización por cepas de fagotipo diferente.

El examen de las heces reveló la presencia de un 2,97% de patógenos en 1981 y un 2,64% en 1982 (TABLA 5).

Si nos referimos a los patógenos encontrados en heces tenemos la presencia exclusiva de cepas del género *Salmonella* (TABLA 6), siendo *Salmonella enteritidis* la especie más frecuentemente aislada.

Las encuestas epidemiológicas realizadas, demostraron que sólo uno de los casos, producido por *Salmonella enteritidis*, reflejaba un brote familiar compatible con gastroenteritis por *Salmonella* afectando a tres miembros del núcleo familiar. El resto de los aislamientos podemos considerarlos como procedentes de portadores crónicos.

TABLA 3  
MANIPULADORES DE ALIMENTOS. Ciudad Sanitaria de la S.S.  
ZARAGOZA

CENTRO	1981			1982		
	Núm.	Nº positiv.	%	Núm.	Nº positiv.	%
RG	92	22	23,91	86	22	25,58
HMI	49	11	22,44	49	13	26,53
CRTQ	48	16	33,33	58	11	18,96
Total	189	49	25,92	193	46	23,83

TABLA 4  
S. AUREUS. DISTRIBUCION POR FAGOGRUPOS

	Ciudad Sanitaria Seg. Social 1982		C.N.M.V.I.S. 1980 (1)		Dir. Prov. Salud Zaragoza 1980 <sup>1</sup>	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Grupo I	17	38,63	581	30,3	108	41,86
Grupo II	1	2,27	141	7,3	18	6,97
Grupo III	2	4,54	178	9,3	16	6,20
94/96	3	6,81	153	7,9	11	4,26
95	2	4,54	119	6,2	14	5,42
Mixto	6	13,63	160	8,3	23	8,91
NT	13	29,54	585	30,5	68	26,35
TOTAL	44	100,00	1.917	100,00	258	100,00

(1) Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal, núm. 1.472. 1981.

GRAFICO 1  
PERSISTENCIA DE ESTAFILOCOCO AUREUS POST-TRATAMIENTO  
AÑO 1982

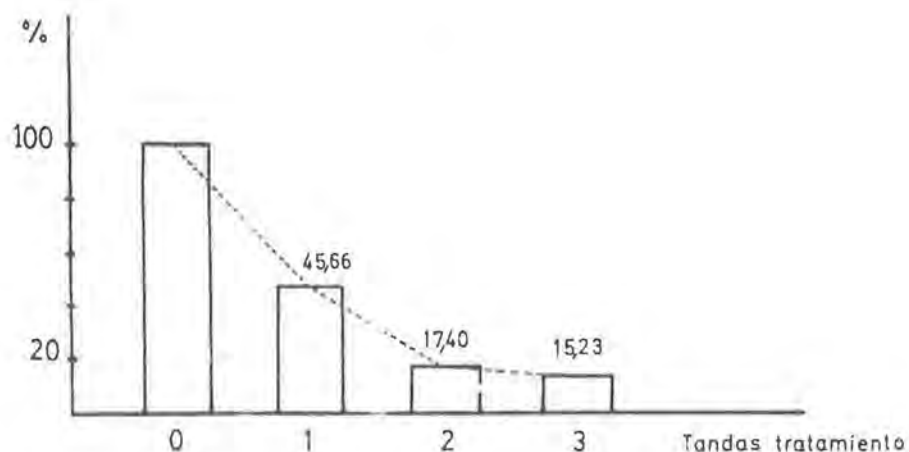


TABLA 5  
MANIPULADORES DE ALIMENTOS. Ciudad Sanitaria de la S.S.  
ZARAGOZA

Aislamientos de patógenos en heces

CENTRO	1981			1982		
	Núm.	Núm. positivos	%	Núm.	Núm. positivos	%
RG	86	0	0,00	83	3	3,61
HMI	38	3	7,89	49	1	2,04
CRTQ	44	2	4,54	57	1	1,75
Total	168	5	2,97	189	5	2,64

En los casos de presencia de *Salmonella* en heces (GRAFICO 2), se produjo la negativización de todos los controles realizados post-tratamiento, después de 1 única tanda de amoxicilina. Este hecho referido a los 10 casos hallados, no coincide con lo expresado por autores como ASEKOFF y BENNETT, sobre la persistencia del estado de portador tras tratamiento con antibióticos.

### Conclusiones

Debe ser revisada la Legislación vigente en materia de control de manipuladores de alimentos:

1. Retirando la costumbre del control de portadores nasales de *S. aureus*, ya que la persistencia es frecuente, el tratamiento molesto, la toma nasal mal tolerada y la recolonización un hecho habitual.
2. El control de patógenos en heces debería seguir realizándose, en un medio como el nuestro de alta prevalencia de *Salmonella*, anualmente. Sin detrimento de los controles bacteriológicos obligados en el caso de proceso diarreico establecido en este personal.

Deben intensificarse los programas de educación e información sanitaria individual y colectiva con objeto de:

1. Conseguir una colaboración más amplia en el control sanitario periódico de estos trabajadores.
2. Ampliar los conocimientos en materia de higiene y contaminación de los alimentos. Se debe hacer especial énfasis en la necesidad de recibir una asistencia y control adecuado e inmediato ante la aparición de lesiones cutáneas, oculares y síndromes de tipo diarreico entre el personal manipulador de alimentos.

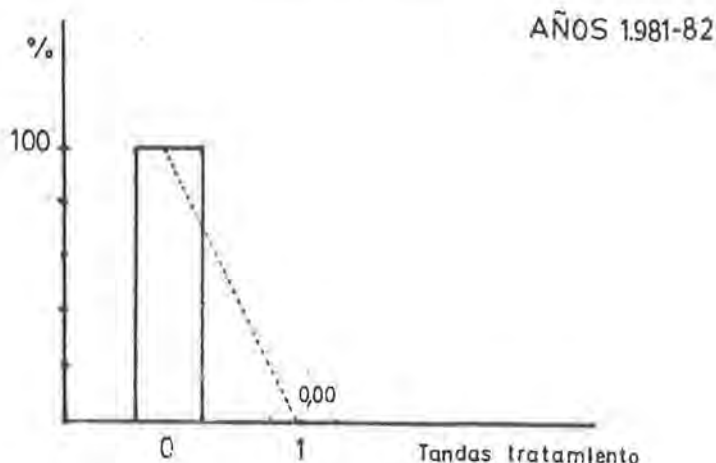
TABLA 6  
PATOGENOS EN HECES

AÑO	1981	1982	TOTAL	%
<i>Salmonella enteritidis</i>	3	3	6	60,00
<i>Salmonella typhimurium</i>	2	1	3	30,00
<i>Salmonella typhi</i>	0	1	1	10,00
TOTAL	5	5	10	100,00

Reservar el control rinofaríngeo de portadores de *S. aureus* para aquellos casos de toxiinfección alimentaria en que se sospeche la implicación de dicho germen, siendo en estos casos la tipificación por fagos un elemento de trabajo imprescindible.

GRAFICO 2

## PERSISTENCIA DE SALMONELLA POST-TRATAMIENTO



Los recursos sanitarios deben dirigirse fundamentalmente a la inspección y control de instalaciones de refrigeración, al igual que al control del origen y procesamiento de los diferentes productos alimentarios. Reservando los recursos de laboratorio para el control de alimentos y la investigación de brotes.

Se hace necesario instaurar en nuestro medio, una sistemática eficaz de vigilancia epidemiológica, que permita la detección e investigación temprana, tendente a localizar los factores contribuyentes y causales de los brotes de toxiinfección alimentaria. Hasta su existencia, la experiencia ya existente en este terreno puede aportar una importante ayuda operativa.

La estrecha colaboración entre los Servicios Locales de Salud y los Servicios Hospitalarios, dentro de un sistema integrado de Salud, permiten una mejor adecuación y rendimiento en la atención de Salud.

### Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración del personal de Enfermería del Servicio de Medicina Preventiva, en especial de las Supervisoras de Higiene, Srtas: Ortiz Abril, María Dolores; Fernández Fernández, Ana; González Amela, Manuela y de la Unidad de Epidemiología, Srtas. De la Portilla Ló-

pez, Dolores y Rodríguez Buendía, Cristina, sin cuya ayuda no hubiera sido posible la ejecución del programa de control de manipuladores.

#### RESUMEN

Los autores estudian durante 1981 y 1982, 402 manipuladores de alimentos de tres hospitales de Zaragoza, mediante tomas de muestra rinofaríngea bilateral y de heces. Recomiendan: 1) eliminar el control rutinario de rinofaringe y dejarlo exclusivamente para casos de toxiinfección alimentaria en que se sospeche *S. aureus*, 2) examinar anualmente las heces de los manipuladores para *Salmonella* y 3) dirigir los recursos sanitarios a la inspección y control de las instalaciones de refrigeración y de los productos alimentarios y 4) instaurar un sistema eficaz de vigilancia epidemiológica de los brotes de toxiinfección alimentaria.

#### RESUME

Les auteurs étudent pendant 1981 et 1982, 402 manipulateurs d'aliments de trois hôpitaux de Zaragosse, avec des prélèvements d'échantillons bilatérales du rhinopharinx et des selles. Ils recommandent: 1) éliminer le control rutinaire du rhinopharinx et l'utiliser exclusivement pour des cases de toxiinfection alimentaire ou on suspecte *S. aureus*, 2) examiner anuelment les selles des manipulateurs pour *Salmonella*, 3) profiter les ressources sanitaires a l'inspection et control des instalations de refrigeration et des produits alimentaires, et 4) instaurer un system efficace de surveillance epidemiologique des poussés de toxiinfection alimentaire.

#### SUMMARY

The authors study during 1981 and 1982, 402 food handlers of three hospitals in Zaragoza, through the use of samples of both sides of rhinopharinx and of stools. They recomend: 1) to avoid the rutine control of samples of rhinopharinx and to use it only for the cases of food toxiinfections where the presence of *S. aureus* in suspected, 2) to examine yearly the foeces of food handlers looking for *Salmonella*, 3) to use the health resources to the inspection and control of the frizing system and of the food products, and 4) to stablish a system of epidemiologic surveillance of the outbreaks of food toxiinfections.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ASERKOFF B, BENNETT, J.V.: Effect of antibiotic therapy in acute Salmonellosis on the fecal excretion of Salmonella. *N. Eng. J. Med.* 281: 636, 1969.
2. BENNETT J.V., BRACHMAN P.S.: Infecciones Hospitalarias. Little Brown & Co. 1979.
3. Boletín Epidemiológico Semanal, núm. 1.549. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Madrid 1982.
4. Boletín Epidemiológico Semanal, núm. 1.550. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Madrid 1982.

5. Boletín Epidemiológico Semanal, núm. 1.472. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Madrid 1981.
6. Boletín Epidemiológico Semanal, núm. 1.544. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid 1982.
7. FERERES J.: Infección Alimenticia y brotes epidémicos. *Tribuna Médica*, 715, 1979.
8. GANTZ N.M., GLECKMAN R.A.: Manual of clinical Problems in Infectious Diseases. Little Brown & Co. Boston 1979.
9. Informe. Enfermedades diarreicas agudas más comunes debidas a infecciones y toxii infecciones alimentarias. Tratamiento. *Inf. Terap. Seg. Social* 5. 5: 98-105, 1981.
10. LENNETTE, BALOWS, MAUSLER, TRUANT: Manual de Microbiología Clínica. 3ª Edic. Ed. Panamericana, 1982.
11. NOLAN C.M., WHITE P.C.: Treatment of typhoid carriers with Amoxicillin correlates of successful Therapy. *J.A.M.A.* 239: 2.352-2.354, 1978.
12. O.P.S.: El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Pub. Cient. núm. 372. Washington 1975.
13. SANCHEZ BUENAVENTURA J., CORTINA GREUS P.: Estudio ecológico y epidemiológico del Género Salmonella en Valencia. *Rev. San. Hig. Pub.* 51: 1.093-1.118, 1977.

## **Salmonella: incidencia de especies y aspectos microbiológicos**

LOPEZ-BREA, M., BAQUERO, M., JIMENEZ, M.L.,  
ENRIQUEZ, A., DIEZ COLLAR M.C. y FADON A.

### **Introducción**

El género *Salmonella* agrupa a un conjunto de bacilos Gram negativos, incluidos en la familia *Enterobacteriaceae* (1).

La incidencia de estos microorganismos en nuestro medio no es en absoluto desdeñable, sino por el contrario son una de las causas más frecuentes de enteritis.

La correcta identificación microbiológica de *Salmonella* es de indudable interés para su estudio adecuado, tanto desde el punto de vista del diagnóstico de la enfermedad, como desde el punto de vista epidemiológico. El cultivo en los medios microbiológicos adecuados, así como las pruebas bioquímicas y serológicas constituyen los quehaceres fundamentales para la identificación correcta de *Salmonella*.

Desde un punto de vista epidemiológico diversos alimentos de procedencia animal, sobre todo bovinos, porcinos y equinos, pueden ser una importante fuente de contaminación (2, 3, 4, 5, 6 y 7), de igual forma las aves de corral pueden ser un elemento importante a tener en cuenta (8 y 9).

El frecuente cultivo de *Salmonella* a partir de muestras de heces diarreicas procedentes de enfermos con gastroenteritis, así como el hallazgo de este microorganismo en heces no diarreicas, nos lleva a la consideración de que son necesarias medidas sanitarias adecuadas, para la erradicación de estos agentes causales de diferentes cuadros diarreicos.

La alta incidencia de *Salmonella* en el coprocultivo microbiológico rutinario, nos ha llevado a la realización de este estudio con la idea de contribuir a un mejor conocimiento de las distintas especies que son causa del síndrome diarreico.

### Material y métodos

Para el estudio microbiológico de las muestras fecales se utilizaron métodos rutinarios habituales. Las heces fueron sembradas en placas de Mac Conkey agar, S.S. agar y caldo selenito. De este último medio líquido, después de incubación a 37°C durante 18 horas, se realizó siembra en placas de S.S. agar y agar verde brillante. Todas las placas inoculadas fueron incubadas a 37°C durante 18 horas. Las colonias no fermentadoras de lactosa crecidas en los medios de cultivo utilizados para la siembra de las muestras fecales, fueron identificadas mediante una serie de pruebas bioquímicas: T.S.I. agar (triple iron sugar), citrato de Simmons, urea, manitol-movilidad, producción de indol y lisindecaboxilasa.

Las modificaciones bioquímicas del T.S.I. junto con la positividad del citrato, manitol-movilidad y L.D.C. nos sirven para identificar el género *Salmonella*.

Posteriormente se realizó la identificación serológica de grupo, utilizando sueros comercializados.

La identificación de especie se realizó mediante la técnica de detección rápida de antígeno flagelar (H) por el método descrito por Spicer (10), utilizando los antisueros 1, 2, 3 y 4 de Spicer-Edwards.

En aquellas especies de *Salmonella* donde fué necesario efectuar el cambio de fase, realizamos el método de «swarm» de Gard (11).

### Resultados

De los 527 coprocultivos realizados, se cultivaron 111 microorganismos pertenecientes al género *Salmonella* (21,1%), que correspondían a 109 enfermos (cuadro I).

Dentro de las 111 *Salmonellas* cultivadas, las especies aisladas por orden de frecuencia, fueron las siguientes: *S. enteritidis*, 60 (55%); *S. typhi*, 14 (12,8%); *S. coeln*, 14 (12,8%); *S. typhimurium*, 7 (6,4%); *S. newport*, 5 (4,5%); *S. infantis*, 3 (2,7%); *S. muenchen*, 3 (2,7%); *S. paraB*, 1 (0,9%); *S. blockley*, 1 (0,9%) y *S. ohio*, 1 (0,9%). Estos datos quedan expresados en el cuadro II.

De los 109 enfermos con *Salmonella*, 51 (46,7%) eran mujeres y 58 (53,2%) eran hombres (cuadro III).

Las edades de los enfermos con *Salmonella* oscilaron entre 3 meses y 79 años, siendo la incidencia mayor en el grupo de edad comprendido entre 14 y 40 años (figura 1).

De los 109 enfermos en los que se cultivó *Salmonella* en el coprocultivo, 84 presentaban heces diarreicas (77%) y 25 (23%) heces formadas. Estos datos se expresan en el cuadro IV.

Las especies de *Salmonella* aisladas en relación con la edad, sexo y heces diarreicas o formadas, se indican en el cuadro V.

CUADRO 1.—RELACION DE COPROCULTIVOS REALIZADOS EN ENFERMOS CON *SALMONELLA*

Núm. de coprocultivos realizados .....	527
Núm. de cepas de <i>Salmonella</i> aisladas .....	111 (21,1%)
Núm. de enfermos con <i>Salmonella</i> .....	109

CUADRO II.—ESPECIES DE *SALMONELLA* AISLADAS DE LOS DIFERENTES ENFERMOS ESTUDIADOS

<i>S. enteritidis</i> .....	60 (55%)
<i>S. typhi</i> .....	14 (12,8%)
<i>S. coeln</i> .....	14 (12,8%)
<i>S. typhimurium</i> .....	7 (6,4%)
<i>S. newport</i> .....	5 (4,5%)
<i>S. infantis</i> .....	3 (2,7%)
<i>S. muenchen</i> .....	3 (2,7%)
<i>S. para B</i> .....	1 (0,9%)
<i>S. blockley</i> .....	1 (0,9%)
<i>S. ohio</i> .....	1 (0,9%)

CUADRO III.—DISTRIBUCION DE *SALMONELLA* EN RELACION CON EL SEXO

Núm. de enfermos con <i>Salmonella</i> .....	109
Núm. de mujeres con <i>Salmonella</i> .....	51 (46,7%)
Núm. de hombres con <i>Salmonella</i> .....	58 (53,2%)

CUADRO IV.—PORCENTAJE DE ENFERMOS CON *SALMONELLA* SEGUN EL ASPECTO DE LAS HECES

Núm. de enfermos con <i>Salmonella</i> en coprocultivo .....	109
Núm. de enfermos con heces diarreicas .....	84 (77%)
Núm. de enfermos con heces formadas .....	25 (23%)

CUADRO V.—RELACION DE LAS ESPECIES DE *SALMONELLA* EN DIFERENTES ENFERMOS CON LA EDAD, SEXO Y HECEC DIARREICAS O FORMADAS

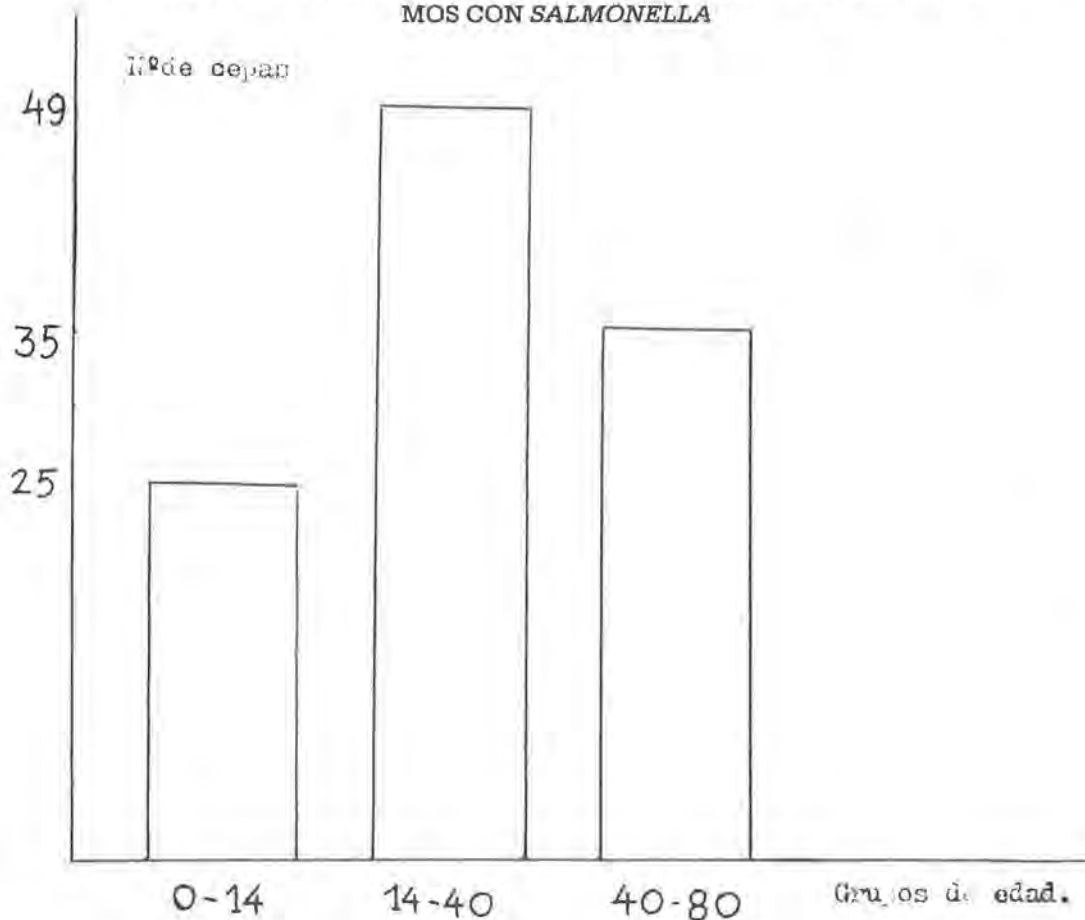
Especie	Grupos Edad	Núm.	Varones	Hembras	Heces diarreicas	Heces formadas
<i>S. enteritidis</i> (60)	0-14 años	15 (25%)	34 (56,6%)	26 (43,3%)	55 (91,6%)	5 (8,3%)
	14-40 años	27 (45%)				
	40-80 años	18 (30%)				
<i>S. typhi</i> (14)	0-14 años	2 (14,2%)	4 (28,5%)	10 (71,5%)	11 (64,7%)	3 (17,6%)
	14-40 años	7 (50%)				
	40-80 años	5 (35,7%)				
<i>S. coeln</i> (14)	0-14 años	2 (14,2%)	11 (78,5%)	3 (21,4%)	8 (57,1%)	6 (42,8%)
	14-40 años	4 (28,6%)				
	40-80 años	8 (57,1%)				
<i>S. typhimurium</i> (7)	0-14 años	0	3 (42,8%)	4 (57,1%)	3 (42,8%)	4 (57,1%)
	14-40 años	7 (100%)				
	40-80 años	0				
<i>S. newport</i> (5)	0-14 años	5 (100%)	1 (20%)	4 (80%)	4 (80%)	1 (20%)
	14-40 años	0				
	40-80 años	0				
<i>S. muenchen</i> (3)	0-14 años	0	2 (75%)	1 (25%)	1 (25%)	2 (75%)
	14-40 años	3 (100%)				
	40-80 años	0				
<i>S. infantis</i> (3)	0-14 años	1 (33,3%)	2 (66,6%)	1 (33,3%)	2 (75%)	1 (25%)
	14-40 años	0				
	40-80 años	2 (66,6%)				
<i>S. para B</i> (1)	0-14 años	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)
	14-40 años	1 (100%)				
	40-80 años	0				
<i>S. blockley</i> (1)	0-14 años	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
	14-40 años	0				
	40-80 años	1 (100%)				
<i>S. ohio</i> (1)	0-14 años	0	0	1 (100%)	0	1 (100%)
	14-40 años	0				
	40-80 años	1 (100%)				

### Discusión

Las enteritis producidas por *Salmonella* constituyen en nuestro medio una de las causas más frecuentes dentro del síndrome diarreico (12 y 13).

De los 1.740 serotipos citados por Kauffmann (14), cada día se aíslan con mayor frecuencia una importante variedad de ellos (15). Hasta hace poco tiempo, *S. typhimurium* era la especie predominante en la mayoría de las estadísticas (12, 13, 16, 17, 18, 19 y 20). En el presente estudio, la especie más frecuentemente aislada es *S. enteritidis*. Existe, por consiguiente, un

FIGURA 1.—DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE LOS ENFERMOS CON SALMONELLA



importante cambio en relación con la frecuencia de las dos especies de *Salmonella* que más frecuentemente se aíslan, y así *S. typhimurium* constituye el 6,4% entre las salmonellas cultivadas y *S. enteritidis* el 55%.

La alta incidencia de *S. typhi* (12,8%) en coprocultivos es un dato a tener en cuenta dentro de los diferentes aislamientos de *Salmonella*.

La morbilidad en nuestro país de los procesos tíficos, que se ha considerado importante, sigue siendo actualmente, en nuestro medio, de indudable importancia (21).

Dentro de las diversas especies de *Salmonella* existen algunas que en determinadas ocasiones, quizá formando parte de pequeñas epidemias, constituyen porcentajes de aislamiento importantes; así, en nuestro medio, *S. coeln* representa el 12,8% de los aislamientos.

Un hecho que nos parece de indudable interés epidemiológico, considerando los resultados obtenidos, es el aislamiento de *Salmonella* en heces no diarreicas (23%). El hallazgo de diferentes especies de *Salmonella* en muestras fecales no diarreicas, de distintos enfermos, nos lleva a la consideración del papel importante que pueden desempeñar como portadores de estos microorganismos y, por tal motivo, convertirse en una importantísima fuente de infección.

#### RESUMEN

Se realiza un estudio de la incidencia de *Salmonella* en enfermos con gastroenteritis. La búsqueda de *Salmonella* en las muestras fecales se realizó mediante la inoculación de las heces en los medios de MacConkey agar, S.S. agar y caldo selenito. Todas las placas sembradas se incubaron a 37°C durante 18 horas.

De 527 coprocultivos realizados se cultivó *Salmonella* en 111 (21,1%) correspondientes a 109 enfermos, de los cuales 51 (46,7%) eran mujeres y 58 (53,2%) eran hombres. Las edades de los enfermos con *Salmonella* oscilaron entre 3 meses y 79 años.

Las especies de *Salmonella* cultivadas fueron las siguientes: *S. enteritidis*, 60 (55%); *S. typhi*, 14 (12,8%); *S. coeln*, 14 (12,8%); *S. typhimurium*, 7 (6,4%); *S. newport*, 5 (4,5%); *S. infantis*, 3 (2,7%); *S. muenchen*, 3 (2,7%); *S. para B*, 1 (0,9%); *S. blockley*, 1 (0,9%); y *S. ohio*, 1 (0,9%).

De los 109 enfermos con *Salmonella* en el coprocultivo, 84 presentaron heces diarreicas (77%) y 25 heces formadas (23%). La frecuencia elevada de *Salmonella* en coprocultivos, nos lleva a la consideración de que son necesarias medidas higiénicas adecuadas para su erradicación.

#### RESUME

On a fait un étude de l'incidence de *Salmonella* chez des malades avec gastroenterite. La recherche de *Salmonella* dans les échantillons fecales a été faite parmi l'inoculation des selles dans les milieux de Mac Conkey agar, S.S. agar et bouillon selenite. Toutes les plaques semés ont été incubés à 37°C pendant 18 heures. Des 527 coprocultures faites on a cultivé *Salmonella* dans 111 (21,1%) appartenantes à 109 malades, des quelles 51 (46,7%) étaient de femmes et 58 (53,2%) des hommes. Les âges des malades avec *Salmonella* varient de 3 mois à 79 ans. Les espèces de *Salmonella* cultivés furent les suivantes: *S. enteritidis*, 60 (55%) *S. typhi*, 14 (12,8%) *S. coeln* 14 (12,8%), *S. typhimurium* 7 (6,4%), *S. newport* 5 (4,5%), *S. infantis* 3 (2,7%), *S. muenchen* 3 (2,7%), *S. para B* 1 (0,9%), *S. blockley*, 1 (0,9%) et *S. ohio* 1 (0,9%). Des 109 malades avec *Salmonella* dans le coproculture, 84 presentaient de selles dyarrheiques (77%) et 25 des selles formés (23%). La fréquence élevé de *Salmonella* dans les coprocultures, nous amene à la consideration de qu'il faut des mesures hygieniques appropriés pour son éradication.

#### SUMMARY

The incidence of *Salmonella* in patients with gastroenteritis is studied. The search for *Salmonella* in the foecal samples is made by inoculating the faeces in the media of MacConkey agar. S.S. agar and selenite broth. All the sown plates were incubated at 37°C for 18 hours. Des 527 coprocultures made *Salmonella* was cultivated in 111

(21,1%) corresponding to 109 patients, 51 (46,7%) females and 58 (53,2%) males. The ages of the patients with *Salmonella* ranged from 3 months to 79 years. The species of *Salmonella* cultivated were the following, *S. enteritidis*, 60 (55%), *S. typhi* 14 (12,8%), *S. coeln* 14 (12,8%), *S. typhimurium* 7 (6,4%) *S. newport* 5 (4,5%) *S. infantis* 3 (2,7%) *S. muenchen* 3 (2,7%), *S. para B* 1 (0,9%) *S. blockley* 1 (0,9%), and *S. ohio* 1 (0,9%). From the 109 patients with *Salmonella* in coproculture, 84 shown diarrheic faeces (77%) and 25 formed faeces (23%). The high frequency of *Salmonella* in coprocultures, shows us the need of adequate hygienic measures for its eradication.

## BIBLIOGRAFIA

1. BERGEY'S MANUAL OF DETERMINATIVE BACTERIOLOGY, 8th edn. Baltimore. Williams and Wilkins (1975).
2. ANDERSON, G.D. and LEE, D.R.: *Salmonella* in horses: a source of contamination of horsemeat in packing plant under federal inspection. *App. and Environ. Microbiol.* 31: 661-663 (1976).
3. BRISON, R. et al.: Les Salmonelloses humaines d'origine carnée: réflexions épidémiologiques à propos d'une enquête bactériologique dans les boucheries d'une grande ville. *Rev. Epidemio. Med. Soc. et Santé Publ.* 23: 445-461 (1975).
4. CHILDERS, A.B.; KEAHEY, E.E. and VINCENT, P.G.: Sources of *Salmonella* contamination of meat following approved livestock slaughtering procedures. *J. Milk. Food. Technol.* 36: 635-638 (1973).
5. LADIGES, W.C. and FOSTERS, J.F.: Incidence of *Salmonella* in beef and chicken. *J. Milk. Food. Technol.* 37: 213-214 (1974).
6. LEE, J.A. et al.: *Salmonella* on pig farms and in abattoirs. *J. Hyg.* 70: 141-150 (1972).
7. PANTALEON, J.: Présence de *Salmonella* dans les viandes. Données françaises et étrangères. *Ann. Inst. Pasteur.* 104: 598-620 (1963).
8. GLEDEL, J.: Données épidémiologiques relatives aux toxi-infections alimentaires à *Salmonella*. *Medicine et Maladies Infectieuses.* 5: 250-261 (1978).
9. HORWITZ, A.M. and GANGAROSA, E.J.: Foodborn disease outbreaks traced to poultry. United States 1966-1974. *J. Milk. Food Technol.* 39: 859-863 (1976).
10. SPICER, C.C.: *J. Clin. Pathol.* 9: 378 (1956).
11. GARD, S.: *Z.F. Hyg.* 120: 615 (1938).
12. LOPEZ-BREA, M.; MESEGUER, M.A.; BAQUERO, M.: Frecuencia de aislamiento en coprocultivo y hemocultivo de las distintas especies del género *Salmonella*. *Rev. San. Hig. Pub.* 54: 709-717 (1980).
13. LOPEZ-BREA, M.; MESEGUER, M.A. and BAQUERO, M.: *Salmonella typhi* incidence compared to other *Salmonella* spp. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 75 (2): 331 (1981).
14. KAUFFMANN, F.: Classification of bacteria. Copenhagen. Munksgaard (1975).
15. GLEDEL, J.: Données épidémiologiques relatives aux toxi-infections alimentaires à *Salmonella*. *Medicine et Maladies Infectieuses.* 5: 250-261 (1978).
16. LE MINOR, L.: Bilan de l'origine et de la repartition des *Salmonella* recues au Centre National des *Salmonella* pendant les années 1970 à 1972. *Rev. Epidem. Med. Soc. et Santé Publ.* 21: 665-722 (1973).
17. PEYRAMOND, D.; BERTRAND, J.L.; CAVAILLES, M. et BERTOYE, A.: Les salmonelloses non typhoïdiques de l'adulte et du grand enfant. *Medicine et Maladies Infectieuses* 4: 186-192 (1978).

18. FOX, M.D.: Recent trends in salmonellosis epidemiology. *J. Amer. Vet. Med. Ass.* 165: 990-993 (1974).
19. KONELNY, A.W. et ROLLI, R.: Epidemiología delle gastroenteriti nel adulto. *Giorn. Mal. Infect. Paras.* 27: 861-867 (1975).
20. LEGENDRE, P. et al.: Repartition actuelle des salmonelloses en Gironde. *Bordeaux Med.* 9: 1.649-1.652 (1976).
21. BAQUERO GIL, G.: Bacteriología clínica de la fiebre tifoidea y síndromes tóxicos alimenticios. *Rev. San. Hig. Pub.* 46: 563-614 (1972).

## **Toxicidad oral del aluminio en ratas durante un período prolongado**

LLOBET, J.M. y DOMINGO, J.L.

### **Introducción**

El aluminio es un elemento importante biológicamente cuyo papel en el metabolismo de animales, plantas y microorganismos permanece desconocido; aunque se poseen informaciones las cuales indican que este metal tiene algunas funciones esenciales en el crecimiento de animales y plantas (1).

La ingesta mínima diaria en humanos es desconocida puesto que se incorpora ampliamente en la dieta; siendo sin embargo su contenido en los alimentos muy variable, dependiendo entre otros factores de: los contaminantes introducidos en los procesos industriales, de los instrumentos y de los procedimientos de envasado y cocinado (2).

Los estudios de las ingestas medias diarias más usuales no representan riesgo alguno para la salud ya que los compuestos de aluminio son pobremente absorbidos por el tracto gastrointestinal (1).

No obstante, son conocidos importantes efectos toxicológicos del aluminio, destacando la aparición de casos de demencia y alteraciones psíquicas importantes ocurridas en pacientes sometidos a procesos de diálisis durante largos periodos de tiempo (3, 4), así como alteraciones respiratorias en obreros de la industria del aluminio, las cuales pueden ir acompañadas de fibrosis pulmonares (5).

En un trabajo anterior (6), hemos determinado la toxicidad aguda y subaguda del aluminio administrado a ratas en el agua de bebida como nitra-

to de aluminio. Dado que algunos resultados obtenidos no fueron significativos en el plazo de administración (un mes) se ha considerado interesante prolongarlo durante tres meses con el fin de poder confirmar la baja toxicidad del metal en aguas de consumo.

### Material y métodos

El animal de experimentación empleado ha sido la rata albina cepa Wistar. Los animales recibieron en todo momento dieta PANLAB rata-ratón perfectamente equilibrada «ad libitum», al igual que el agua de bebida.

El Aluminio fué administrado como  $\text{Al}(\text{NO}_3)_3 \cdot 9\text{H}_2\text{O}$ , el cual fué de elevada pureza analítica, suministrado por MERCK (Darmstadt, RFA).

Se utilizaron 60 ratas macho con pesos iniciales promedio entre 120-140 g.; divididos en dos lotes, un lote sirvió de control y al otro se le administró el aluminio en su agua de bebida con una concentración de 5.700 ppm  $\text{Al}(\text{NO}_3)_3$  (correspondiente a 1/5 de la  $\text{DL}_{50}$  oral ingerida diariamente (6).

Ocho animales de cada lote fueron introducidos en jaulas individuales de acero inoxidable para estudios de metabolismo, quedando el resto en jaulas de Makrolon.

En los animales bajo control metabólico, se midió a diario el consumo alimentario, la bebida ingerida, el volumen urinario excretado y los pesos de las heces eliminadas. Los animales fueron pesados dos veces por semana; y semanalmente se determinó el contenido de nitrógeno en el alimento, calculándose los coeficientes de eficacia proteica (C.E.P.).

El nitrógeno se determinó según el método de Kjeldhal (7).

Quincenalmente se sacrificaron por decapitación cuatro animales de cada lote y en sus plasmas se determinó: glucosa, colesterol, urea, creatinina, GOT y GPT; los cuales fueron evaluados mediante un analizador automático selectivo marca AURORA y según las técnicas habituales de análisis clínicos.

Transcurridos los tres meses se sacrificaron todos los animales, se diseccionaron inmediatamente y se determinó la relación peso órgano/peso cuerpo en los órganos más significativos: corazón, riñón, pulmón, hígado y bazo.

En esos órganos citados además de: páncreas, cerebro, estómago, intestino delgado y grueso, sangre y músculo, se midió por espectrofotometría de absorción atómica (espectrofotómetro VARIAN serie AA-575 acoplado a un Carbon Rod Atomizer Varian CRA-90 y a un Automatic Sample Dispenser Varian ADS-53) el aluminio acumulado, tras previa digestión con ácido nítrico concentrado en reactores de alta presión (Valtech Plastics Co) fabricados en teflón (8).

En esos mismos órganos y tejidos (con excepción de la sangre) se realizó un estudio histopatológico microscópico (9, 10).

La valoración estadística de los resultados se hizo con el test de la *t* de Student-Fischer.

### Resultados

La Tabla I recoge los pesos de los animales durante los tres meses, agrupados en quincenas. No se observan apenas diferencias significativas. La misma tabla muestra las determinaciones del nitrógeno ingerido y del excretado en orina y heces; siendo estos valores siempre inferiores en los animales intoxicados que en los correspondientes controles.

Con todo, los valores de los coeficientes de eficacia proteica, determinados como cociente entre los incrementos de peso y el nitrógeno ingerido, tal y como se puede observar en la misma Tabla I, son muy similares sin presentar diferencias significativas.

La Tabla II recoge las medidas de la bebida y el alimento ingeridos, así como la orina y heces excretados tanto por los controles como por los animales que recibieron el  $\text{Al}(\text{NO}_3)_3$ . Todos estos parámetros nutricionales fueron siempre inferiores para los animales tratados, apareciendo diferentes niveles de significación estadística en los resultados, como se puede ver en la tabla.

Los parámetros bioquímicos determinados quincenalmente y al final de la experiencia: glucosa, colesterol, creatinina, urea, GOT y GPT, no muestran diferencias significativas ( $P < 0.05$ ) que permitan inducir alteraciones funcionales hepáticas o renales importantes.

La Tabla III recoge las relaciones peso órgano/peso cuerpo de los animales sacrificados al final de los tres meses. En los animales intoxicados aparece hipertrofia en: bazo ( $P < 0.001$ ); pulmones ( $P < 0.01$ ), corazón ( $P < 0.05$ ) e hígado ( $P < 0.05$ ).

Las cantidades de aluminio acumulado (Tabla IV) durante toda la experiencia en diversos órganos y tejidos, fueron especialmente significativos en algunos casos: páncreas, intestino delgado y grueso, hígado y sangre ( $P < 0.001$ ); riñón y bazo ( $P < 0.01$ ) y pulmón ( $P < 0.05$ ). Sorprendentemente el cerebro no registró incremento de aluminio; siendo incluso superior la cantidad registrada en los controles aunque con mínima significación estadística ( $P < 0.05$ ).

Por último, y pese a los resultados de las tablas III y IV, el estudio histopatológico no demostró lesiones de las que se pudiesen inducir conclusiones.

### Discusión

Los crecimientos de los animales control e intoxicados han sido muy similares; apreciándose sólo un significativo retraso ( $P < 0.05$ ) en la quinta

TABLA I

BALANCE NITROGENAL Y VALORES DE LOS COEFICIENTES DE EFICACIA PROTEICA EN RATAS QUE RECIBIERON  $\text{Al}(\text{NO}_3)_3$  EN EL AGUA DE BEBIDA (5700 ppm) DURANTE TRES MESES.

		INICIAL	1ª quincena	2ª quincena	3ª quincena	4ª quincena	5ª quincena	6ª quincena
PESOS (en g)	CONTROL	135.0 ± 15.8	180.0 ± 11.6	210.0 ± 12.5	238.1 ± 16.6	251.9 ± 10.2	262.5 ± 15.8	269.3 ± 17.2
	Intoxicados	125.6 ± 15.7	171.8 ± 17.5	200.0 ± 17.9	222.5 ± 18.5	237.5 ± 15.1	245.0 ± 13.1	254.3 ± 19.7
	t	-1.191	-0.346	-1.293	-1.774	-1.832	-2.411*	-1.621
N Ingerido (en g)	CONTROL		8.63 ± 0.54	7.28 ± 1.18	7.44 ± 0.91	9.04 ± 1.21	8.92 ± 1.09	9.93 ± 0.72
	Intoxicados		7.98 ± 0.76	6.55 ± 0.76	6.50 ± 0.81	8.24 ± 1.00	8.93 ± 0.54	9.47 ± 0.78
	t		-1.899	-1.469	-2.181*	-0.896	-0.038	-1.218
N excretado (urinario + fecal) (en g)	CONTROL		5.12 ± 0.59	4.52 ± 0.39	6.08 ± 0.28	5.68 ± 0.72	6.52 ± 0.92	6.93 ± 0.62
	Intoxicados		4.13 ± 0.57	4.41 ± 0.34	4.14 ± 0.33	4.53 ± 0.37	5.27 ± 1.15	4.72 ± 0.80
	t		-1.677	-0.551	-8.703***	-2.936*	-1.035	-5.103***
C.E.P. ( $\Delta P/N$ ingerido)	CONTROL		5.25 ± 1.50	4.12 ± 1.14	3.76 ± 0.47	1.43 ± 0.75	1.13 ± 0.51	0.69 ± 0.90
	Intoxicados		5.80 ± 0.59	4.36 ± 0.89	3.50 ± 1.20	1.89 ± 0.89	0.84 ± 0.72	0.97 ± 0.70
	t		0.967	0.465	-0.548	1.136	-0.929	0.689

t = test de Student-Fischer; grados de libertad = 14

\*p < 0.05  
\*\*p < 0.01  
\*\*\*p < 0.001

TABLA II

ALGUNOS PARAMETROS NUTRICIONALES MEDIDOS EN RATAS CONTROL E INTOXICADAS CON  $Al(NO_3)_3$  (5700 ppm) DURANTE TRES MESES.

		1ª quincena	2ª quincena	3ª quincena	4ª quincena	5ª quincena	6ª quincena
BEBIDA INGERIDA (ml/quincena)	CONTROL INTOXICADOS t	353.3 ± 56.4 277.5 ± 44.4 -2.987*	307.5 ± 77.7 264.5 ± 36.8 -1.415	263.8 ± 126.6 212.4 ± 43.7 -1.344	279.4 ± 31.4 180.3 ± 56.9 -4.308***	340.3 ± 28.0 256.9 ± 60.1 -3.561**	323.0 ± 47.9 263.0 ± 52.7 -2.383*
ALIMENTO INGERIDO (g/quincena)	CONTROL INTOXICADOS t	265.4 ± 18.1 245.4 ± 23.4 -1.898	223.9 ± 36.2 201.5 ± 23.3 -1.469	228.9 ± 28.1 199.9 ± 24.9 -2.181*	290.0 ± 37.3 253.4 ± 30.9 -0.896	274.3 ± 33.5 274.8 ± 16.7 -0.038	305.4 ± 22.0 291.4 ± 23.9 -1.218
ORINA EXCRETADA (ml/quincena)	CONTROL INTOXICADOS t	78.4 ± 42.5 50.8 ± 15.4 -1.732	107.0 ± 52.0 62.1 ± 11.1 -2.388*	127.2 ± 58.2 68.6 ± 18.2 -2.728*	134.0 ± 39.9 79.4 ± 25.6 -3.253**	145.4 ± 21.5 111.1 ± 75.1 -1.040	132.2 ± 50.2 81.7 ± 31.4 -2.587*
HECES ELIMINADAS (g/quincena)	CONTROL INTOXICADOS t	105.2 ± 39.9 91.9 ± 14.7 -0.884	100.9 ± 16.5 87.4 ± 8.2 -2.062	87.2 ± 13.9 77.1 ± 9.9 -1.672	107.7 ± 13.0 90.4 ± 10.1 -2.956*	83.4 ± 16.9 78.5 ± 13.4 -0.639	80.8 ± 14.0 81.3 ± 11.9 +0.069

t = test de Student-Fischer; Grados de libertad = 14

\*P < 0.05  
\*\*P < 0.01  
\*\*\*P < 0.001

TABLA III  
RELACIONES PESO ORGANOS/PESO CUERPO (en g.) ENTRE LOS ANIMALES  
CONTROL Y LOS INTOXICADOS CON Al (NO<sub>3</sub>)<sub>3</sub> DURANTE TRES MESES

CORAZON	0.32 ± 0.05	0.36 ± 0.08	2.203 <sup>x</sup>
RIÑONES	0.73 ± 0.16	0.70 ± 0.14	-0.915
PULMONES	0.42 ± 0.17	0.56 ± 0.15	3.905 <sup>xx</sup>
HIGADO	3.12 ± 0.33	3.25 ± 0.41	1.344
BAZO	0.14 ± 0.07	0.21 ± 0.06	5.207 <sup>xxx</sup>

t = test de Student-Fischer; grados de libertad = 14

\*p < 0.05

\*\*p < 0.01

\*\*\*p < 0.001

quincena. Esta circunstancia unida a los valores de los coeficientes de eficacia proteica, los cuales no fueron significativamente diferentes, sugiere que el ligero retraso en el crecimiento que en todo caso podría inducirlo, estaria relacionado con la menor ingestión de alimento aunque sin alteración del metabolismo proteico.

La bebida ingerida y la orina excretada, parámetros que fueron menores para los animales intoxicados, no permiten inferir lesión renal al no haberse modificado los parámetros renales sanguíneos, ni haberse observado lesión histopatológica en los riñones. En consecuencia, la menor cantidad ingerida se debería a una disminución voluntaria del consumo, mientras que la menor cantidad de orina excretada se correspondería con la menor ingestión de líquido.

Tampoco los parámetros bioquímicos hepáticos, así como el correspondiente examen histopatológico sugieren lesiones hepáticas evidentes.

Las relaciones peso órgano/peso cuerpo, vienen a corroborar siguiendo el criterio «peso órgano» de Feron et al. (9) la ausencia de lesión en hígado y riñones. Los incrementos en bazo y pulmones de los animales intoxicados con respecto a los controles, pueden responder a un efecto tóxico del aluminio, o bien a una respuesta fisiológica por parte de los animales tratados.

Las determinaciones del contenido de aluminio en los órganos y tejidos estudiados presentan notables diferencias con nuestro anterior estudio (a un mes) (6); ya que se demuestra acúmulo importante en el tubo digestivo (excepto estómago), sangre, páncreas, hígado, bazo y riñón. Sorprendentemente, no apareció acúmulo significativo del metal en el cerebro, pese a que las alteraciones descritas provocadas por el aluminio hacen referencia fundamentalmente a demencia y trastornos de origen psíquico (3, 4).

TABLA IV  
ALUMINIO ACUMULADO DURANTE TRES MESES ( $\mu\text{g./g.}$ )

ORGANO	CONTROLES	INTOXICAD. (5700 ppm)	t
PANCREAS	2.156 $\pm$ 0.090	7.458 $\pm$ 0.531	+5.393 ***
HIGADO	0.090 $\pm$ 0.050	0.585 $\pm$ 0.142	+6.324 ***
RIÑON	0.168 $\pm$ 0.020	0.797 $\pm$ 0.023	+3.932 **
BAZO	0.542 $\pm$ 0.080	1.024 $\pm$ 0.030	+3.231 **
MUSCULO	0.265 $\pm$ 0.100	0.266 $\pm$ 0.123	+0.321
CEREBRO	0.356 $\pm$ 0.132	0.343 $\pm$ 0.141	-0.213
CORAZON	2.960 $\pm$ 0.742	2.996 $\pm$ 0.893	+0.013
ESTOMAGO	2.315 $\pm$ 0.582	2.330 $\pm$ 0.671	+0.124
INTESTINO DELGADO	0.355 $\pm$ 0.063	2.898 $\pm$ 0.123	+4.032 ***
INTESTINO GRUESO	5.583 $\pm$ 0.342	15.223 $\pm$ 0.524	+8.334 ***
PULMON	0.210 $\pm$ 0.080	0.533 $\pm$ 0.098	+2.315 *
SANGRE	0.171 $\pm$ 0.063	8.253 $\pm$ 0.063	+7.342 ***

t = test de Student-Fischer; Grados de libertad = 10

\*p < 0.05

\*\*p < 0.01

\*\*\*p < 0.001

El análisis global de los diferentes resultados obtenidos, muestra unos muy ligeros efectos tóxicos del metal administrado como Al (NO<sub>3</sub>)<sub>3</sub> en el agua de bebida a una concentración tan elevada como puede ser ya 5.700 ppm y durante un período de tiempo suficientemente prolongado.

Estos resultados corroboran los ya obtenidos en el anterior estudio a un mes (6); y en el que se indicaba que con un mínimo control existente sería muy difícil en aguas de consumo alcanzar concentraciones que pudiesen ser tóxicas para el organismo; afirmación que los resultados obtenidos en este trabajo viene a confirmar.

#### RESUMEN

Se ha realizado un estudio nutricional, toxicológico e histológico en jóvenes ratas macho, por administración durante tres meses de Al(NO<sub>3</sub>)<sub>3</sub> en el agua de bebida a una concentración de 5.700 ppm. Los animales tratados tuvieron un crecimiento ponderal inferior al de los animales control aunque con escasas diferencias significativas. Los valores de los coeficientes de eficacia proteica (C.E.P.) fueron muy similares para ambos grupos; mientras que la bebida y el alimento ingerido, así como la orina y heces excretadas fueron siempre inferiores para los animales intoxicados.

Se produjo hipertrofia en pulmones y bazo; acumulándose significativamente el metal en páncreas, hígado, intestino delgado y grueso y sangre. No se apreciaron alteraciones funcionales hepáticas y renales importantes. Por último, en el estudio histopatológico no aparecieron lesiones relevantes.

## RESUME

Il a été réalisé une étude toxicologique, nutritionnelle et histologique sur des jeunes rats mâles qui ont reçu pendant trois mois de l'aluminium dans l'eau de boisson à concentration de 5.700 ppm  $\text{Al}(\text{NO}_3)_3$ . Les animaux traités sont caractérisés par une évolution pondérale inférieure à celle des animaux témoins, bien que les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Les coefficients d'efficacité protéique (C.E.P.) ne sont presque pas affectés. La consommation alimentaire, l'eau de boisson ingérée, l'excrétion urinaire et l'excrétion fécale ont été inférieures chez les rats traités.

La rate et les poumons des animaux traités ont un poids moyen significativement plus élevé que celui des témoins; et le métal a été accumulé significativement dans le foie, le pancréas, l'intestin grêle, l'intestin gros et le sang. L'étude histopathologique n'a pu pas mettre en évidence des modifications importantes.

## SUMMARY

A toxicological, nutritional and histological study has been realized in young male rats, by administration for three months of  $\text{Al}(\text{NO}_3)_3$  in their drinking water at a concentration of 5.700 ppm. A decrease in growth was observed, although the differences were not significant between both groups. The protein efficiency coefficients (P.E.C.) were very similar. The drinking water and the food ingested, as the volume of urine and the excrements excreted were always less for treated rats.

Hypertrophy of the lungs and the spleen was produced, and aluminium accumulated significantly in the liver, pancreas, blood and small and large intestines. Lastly, the histopathological study did not give notable irregularities.

## BIBLIOGRAFIA

1. UNDERWOOD, W.J.: Trace elements in Human and Animal Nutrition. Academic Press, Inc., New York, (1971).
2. BROWNING, E.: Toxicity of Industrial Metals. 2nd ed. London. Butterworths (1969).
3. ALFREY, A.C.; LE GENDRE, G.R.; KAEHNY, W.D.: The dialysis encephalopathy syndrom. Possible aluminum intoxications. *New. Eng. J. Med.* 294, 184-189, 1976.
4. BERLYNE, G.M.: Aluminum and Dialysis dementia. *Ann. Int. Med.* 91, 496-501, 1979.
5. GROSS, P.: Pulmonary reaction to metallic aluminum powders. An experimental study. *Arch. Environ. Health.* 26 (5), 227-236 (1973).
6. DOMINGO, J.L.; GAS, L. y LLOBET, J.M.: Toxicidad aguda y subaguda del nitrato de aluminio. *Medicina Española.* (1983), en prensa.
7. WATTY, M.: Química Analítica. Ed. Alhambra. Madrid, pp. 108-111 (1982).
8. SLAVIN, S.; PETERSEN, G.E.; LINDHAL, P.C.: Determination of metals in meats. *At. Absorption. Newslett.* 14, 57-59, 1975.
9. LUNA, L.G.: Manual of histologic staining methods. McGraw-Hill, New York, (1968).
10. McNARY, P.: Rubenic acid technic. *J. Histochem.* 8, 124-132 (1960).
11. FERON, V.J.; DE GROOT, A.P.; SPANJERS, M.T.; TIL, H.P.: An evaluation of the criteria «organ weight» under conditions of growth retardations. *Fd. Cosmet. Toxicol.*, 11, 85-94 (1973).

## **Certificado médico de defunción. Su fiabilidad**

NAVA CABALLERO, J. M.; HUGUET RECASENS, M.\*; CARRASCO, M. A.

### **Introducción**

Las causas de muerte señaladas en los certificados médicos de defunción (CMD) se utilizan para realizar estadísticas de mortalidad.

El grado de fiabilidad de los CMD ha sido cuestionado en múltiples ocasiones, habiéndose demostrado discrepancias entre las causas reales de defunción y la información del CMD. (1, 2, 3, 4, 5).

Es necesario realizar estudios que clarifiquen las diferencias entre ambos datos con el fin de mejorar la información estadística disponible.

El objetivo de la presente comunicación es evaluar la calidad de la información suministrada por el CMD, determinando el grado de coincidencias con las causas de muerte, obtenidas a través de documentación clínica y anatomopatológica, y determinar los tipos más frecuentes de errores cometidos al rellenar el CMD.

### **Material y Método**

Se obtuvo la información de 68 estudios necrópsicos completos realizados en el Hospital de la Mutua de Terrassa, durante los años 1980-1981, así como el Registro Civil de Terrassa, con relación a las causas de la defunción.

Se reunieron los datos completos de 49 casos, ya que en 14 neonatos fallecidos, el CMD no fué suministrado por el Registro Civil debido a que se requirió una autorización de los padres porque se consideraba «información confidencial», en los 5 restantes o no constaba el caso en el registro civil o no estaba señalada la causa de muerte.

Se determinaron, la causa básica de defunción (CED), y la cadena de acontecimientos que condujo a la muerte, por medio de la información de la necropsia y en cada caso que fué necesario de la Historia clínica (HC), mediante el análisis en conjunto del equipo de trabajo, que desconocía la causa informada en el CMD.

\* Director Médico de la 12 Admon. Sectorial de Ambulatorios Institut Catalá de la Salut.

Se codificaron las causas de defunción según la IX revisión del CIE para la categoría de tres dígitos (6) y se analizan las coincidencias o no entre la causa básica y la causa inmediata de la muerte, que eran los disponibles en el Registro Civil.

### Resultados

De los 49 casos en los que se obtuvo información completa, 17 fueron mujeres y 32 varones, con edades comprendidas entre los dos meses y 90 años, con una media de 66,2 17 años.

La causa inmediata de la muerte fué informada como paro cardio-respiratorio o asistolia en 41 casos, 83,7% del total. Esta situación que podría dar cuenta de la situación final de la vida en el 100% de los seres humanos, no aporta ningún dato de valor estadístico, ni médico.

Los ocho casos restantes fueron informados como se observa en el cuadro núm. 1 encontrándose coincidencias reales con la causa inmediata de la muerte en 5 casos lo que representa el 10,2% del total.

CUADRO 1.—CAUSA INMEDIATA DE MUERTE

DIAGNOSTICOS	COINCIDEN	NO COINCIDEN
2 Shock séptico	1	1
1 Hemorragia digestiva	1	
1 Bronconeumonía		1
1 Coma uremico	1	
1 Insuficiencia renal aguda	1	
1 Shock cardiogenico		1
1 Peritonitis	1	
Total 8	5	3

Si consideramos los 17 grandes items de la CIE, y tenemos en cuenta la pertenencia al grupo antes y después de la necropsia, vemos que en 27 casos (55,1%) se mantiene la misma clasificación. Si se amplia la información a la lista de tres dígitos, las coincidencias disminuyen a 19 casos, 38,8% del total (cuadro núm. 4).

En el cuadro núm. 2 observamos los cambios producidos en la distribución porcentual de las enfermedades, se destaca que el CMD produce una subvaloración de las muertes debidas a tumores, enfermedades mentales, del SNC, y congénitas, sobrevalorando las secundarias a enfermedades del aparato cardiovascular.

El valor predictivo para cada categoría diagnóstica se puede ver en el cuadro núm. 3 así como la especificidad y la sensibilidad del CMD para detectar la pertenencia o no a uno de los grupos diagnósticos.

CUADRO 2.—COMPARACION PROPORCIONAL DE LOS 49 CASOS SEGUN EL CMD Y LA NECROPSIA PARA LOS XVIII ITEMS DE LA CIE

CIE		CMD		NECROPSIAS	
		n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%
I	INFECCIOSAS	5	10.2	2	4.1
II	TUMORES	7	14.3	13	26.5
III	ENDOCRINAS	2	4.1	2	4.1
IV	SANGRE				
V	MENTALES			1	2.0
VI	SNC			2	4.1
VII	CIRCULATORIO	15	30.6	9	18.4
VIII	RESPIRATORIO	6	12.2	7	14.3
IX	DIGESTIVO	10	20.4	11	22.8
X	GENITOURINARIO	1	2.0	1	2.0
XI	EMBARAZO				
XII	PIEL				
XIII	OSEO				
XIV	CONGENITAS			1	2.0
XV	PERINATALES				
XVI	MAL DEFINIDAS	3	6.1		
XVII	TRAUMATISMOS				
	TOTALES	49	100	49	100

CUADRO 3.—VALOR PREDICTIVO (VP) SENSIBILIDAD (S) Y ESPECIFICIDAD (E) DEL CMD PARA ALGUNOS DE LOS XVIII ITEMS DEL CIE

	CMD	a	b	c	d	VP%	S%	E%
INFECCIOSAS	5	1	4	1	43	20	50	91.5
TUMORES	7	6	1	6	36	85.7	50	97.3
ENDOCRINAS	2	1	1	1	39	50	50	97.5
CARDIOVASCULAR	15	6	9	4	30	40	60	77
RESPIRATORIO	6	3	3	3	40	50	50	93
DIGESTIVO	10	9	1	3	36	90	75	97.3
GENITOURINARIO	1	1	0	0	48	100	100	100
MAL DEFINIDAS	3	—	3	—	46			
TOTAL	49	27	22	18				

- Casos en los que el CMD y la necropsia coinciden.
- Falsos positivos, informan una patología que el paciente no tenía.
- Falsos negativos, niegan una enfermedad que está presente.
- Negativos ciertos, niegan una enfermedad que realmente no está presente.

VALOR PREDICTIVO (POSITIVO): En este caso se refiere a la fiabilidad de que un diagnóstico o grupo de patologías estén presentes cuando es informada por el CMD.  $VP + = a/(a+b)$

SENSIBILIDAD: Se refiere a la capacidad del CMD para detectar los casos de una enfermedad. Es medido por  $a/(a+c)$

ESPECIFICIDAD: El CMD es más específico para una determinada patología cuando informa pocos falsos positivos  $E = (d/b+d)$  (7).

En el cuadro núm. 4 se numeran los diagnósticos en los que coinciden el CMD y la necropsia, destacándose una alta proporción de muertes debidas a cirrosis hepática, cáncer e infarto agudo de miocardio.

La cirrosis hepática fué informada como CBD en 8 casos, en dos esto no fué comprobado por el estudio a posteriori. Ninguna necropsia reveló cirrosis hepática cuando ésta no constaba en el CMD, por lo que el valor predictivo, la sensibilidad y la especificidad del CMD en relación a ella son muy altos en nuestros casos.

El infarto agudo de miocardio fué registrado en el CMD en 4 casos, y el diagnóstico a posteriori lo confirmó en todos, agregándose un nuevo caso. El valor predictivo en este diagnóstico fué de 100% con una sensibilidad del 80%.

El cáncer que fué identificado con la CBD en 7 casos según el CMD, sólo coincidió siguiendo la clasificación de tres dígitos en 5 casos (VP 71.4%), pero el estudio necrópsico reveló 7 casos de muerte por cáncer no informada por el CMD por lo que la sensibilidad del CMD para este diagnóstico es del 38.5%. Los cánceres no registrados en el CMD correspondieron, tres a mieloma múltiple, uno a adenocarcinoma de pulmón, hepatocarcinoma, carcinoma diseminado y carcinoma de tercio inferior de esófago, que fué informado como de cardias.

CUADRO 4.—LISTADO DE LOS DIAGNOSTICOS DE LOS 19 CASOS DE COINCIDENCIA ENTRE EL CMD Y LA NECROPSIA

SEPSIS	1	
BRONCONEUMONIA	1	
INFARTO	1	
NEOPLASIA DE RECTO	1	
NEOPLASIA DE COLO	1	
NEOPLASIA DE PROSTATA	1	
NEOPLASIA DE PANCREAS	1	
NEOPLASIA DE PULMON	3	
DIABETES	1	
CIRROSIS	6	
NEUMONIA	1	
TOTAL COINCIDENCIAS	19	38.8%
TOTAL CASOS	49	

## Discusión

Durante 1980 se produjeron 4.216 defunciones de residentes en el Valle, 843 ocurrieron en hospitales de la comarca, practicándose estudio necrópsico completo a solo 25 casos, que representa el 3% de las muertes ocurridas en los hospitales (8).

La escasa cantidad de necropsias efectuadas en la comarca y el hecho que se realicen en un solo centro hospitalario hace que esta muestra no sea representativa de la población de muertes, ni de las ocurridas en los hospitales y ni siquiera de las de este centro. Algunos datos del estudio no pueden ser generalizados pero otros, por ser tan evidentes, parecen demostrativos de la situación general.

Las diferencias metodológicas en la comparación entre el CMD y el diagnóstico real de la muerte puede producir importantes sesgos que analizaremos brevemente.

Los datos obtenidos a través de las necropsias son los más fidedignos y evitan los errores diagnósticos permitiendo elaborar claramente la cadena de acontecimientos que conducen a la muerte así como las enfermedades concomitantes. Esta fuente tiene el inconveniente de que, en general, no es representativa de los muertos de la población ya que para que así fuera es necesario que el índice de necropsias sea del 100% situación difícilmente alcanzable. Como vemos en el Vallés es solo del 3%.

Si se parte de una muestra de los CMD y se reúne la información disponible se puede afirmar que siempre que se cumplan los requisitos del muestreo, los casos serán representativos de la población general. En esta situación se debe disponer de una información clínica completa y accesible requisito difícil de cumplir, en caso de que así sea parece representar la metodología ideal.

Si se parte de ciertas causas de muerte (Ej. Cáncer), y se comprueba su fiabilidad, determinando las correlaciones diagnósticas positivas se dejan de lado todos aquellos casos en los que esta causa no constaba en el CMD, pero que era realmente la que produjo la muerte (falsos negativos), induciéndonos a confiar en demasía del instrumento ya que no valoramos su sensibilidad.

Dado que ambos requisitos, representabilidad de la muestra e información completa y fidedigna sobre la causa de muerte, no podían ser cumplidos, se optó por valorar la calidad de los CMD a través de necropsias, que permiten obtener mejor información resignando la representatividad de la muestra porque se consideró, permitiría obtener una visión de conjunto de la situación y sacar algunas conclusiones puntuales de interés.

El paro cardiaco-respiratorio o la asistolia como causa inmediata de muerte representaba el 83.7% del total. Este hecho aislado nos indica el

desconocimiento por parte de los médicos de los objetivos que se persiguen con el CMD, ya que esta información no aporta ningún dato de interés epidemiológico sanitario ni de ningún tipo, y manifiesta solamente la descripción de un hecho que ocurre en el 100% de las muertes y no debería constar en ningún CMD.

Siguiendo criterios estrictos para evaluar la calidad de la información del CMD, que contemple los datos de filiación, la causa inmediata de la muerte y la causa básica, la información es fiable en menos del 10% de los casos ya que esto es el nivel de coincidencias teniendo en cuenta sólo la causa inmediata.

Estas cifras contrastan en gran medida con las observadas en los estudios de Londres (3), Albany (1), o con el de Edimburgo (4), y demuestran la necesidad de realizar una campaña de información y capacitación cuyo objetivo sea mejorar los datos del CMD.

Las faltas de coincidencias entre el CMD y las necropsias pueden considerarse como debidas a tres tipos de errores:

- a) Errores diagnósticos por insuficiente estudio clínico.
- b) Comunicación de causas intermedias o inmediatas como causas básicas.
- c) Falta de precisión en la notificación.

Al tipo a) corresponden algunos casos como por ejemplo, un enfermo que falleció por un cáncer de pulmón con invasión del pericardio visceral y parietal, que fué informado en el CMD como «miocardiopatía», un paciente con insuficiencia mitral y cuadro febril, que fué informado como «endocarditis lenta», y presentaba una neumonía, etc.

El tipo b) es la categoría más frecuente y en la que se pierde mayor información disponible en la H.C. Por ejemplo, un CMD informado como «peritonitis», correspondía a una paciente fallecida por una úlcera gástrica perforada que fué diagnosticada y operada, otro informado como «neumonía» pertenecía a un paciente portador de un mieloma múltiple, o una «bronconeumonía» informada como causa básica de defunción, era la causa inmediata de la muerte en una paciente con una atrofia cerebral difusa.

Las faltas de precisión se observaron en algunos casos. Ejemplos de esta última categoría son: un cáncer de tercio inferior de esófago operado e informado por el patólogo, que fué comunicado como «neoplasia de cardias». Un síndrome de Edwards, (trisomía del cromosoma XVII, diagnosticado por estudio cromosómico en vida, que fué informado como «cardiopatía».

Los ejemplos del grupo b y c son elocuentes y muy demostrativos de la falta de conocimiento por parte del médico de los objetivos de la notificación, ya que pierden información disponible en la documentación clínica, sin motivo aparente.

Los cambios producidos en la clasificación de la causa básica de la defunción según los 17 grandes ítems de la CID a pesar de la escasa representatividad en nuestra muestra, nos permite afirmar algunos hechos que necesitarán confirmación posterior.

En primer lugar debemos destacar el exceso de causas señaladas como secundarias a enfermedades cardiovasculares que representan el 30.6% según el CMD y desciende a 18.4% luego del estudio necrópsico. En el estudio de Alderson (9), las discrepancias diagnósticas para enfermedades cardiovasculares oscilaban desde el 18% para la enfermedad vascular cerebral, hasta el 75% para otras enfermedades.

En nuestra muestra el VP para enfermedades cardiovasculares fué de solo el 40% y la Sensibilidad del 60%.

Los tumores están infrarrepresentados, aunque el VP del CMD para el cáncer es de 85.7%, semejante al observado en Barcelona (5), la sensibilidad es de solo el 38.5%. La metodología utilizada por el estudio de Barcelona no permite obtener datos sobre sensibilidad ya que no detectan los falsos negativos, situación que sólo puede ser corregida a partir de estudios en base a necropsias. Las causas de muerte producidas por enfermedades infecciosas están sobrevaloradas, ya que se tiende a informar las causas intermedias o inmediatas como causa básica, aumentándose la importancia de estas enfermedades que se desarrollan en la fase final de múltiples procesos.

Las enfermedades mentales, del SNC, y congénitas no fueron informadas como causa de muerte, cuando en realidad eran la causa básica.

Estudios realizados en Inglaterra (3) y en EE.UU. (10) y (11) prestan atención a algunos aspectos de la fiabilidad de los CMD, considerando ciertos factores como grupos de edad, duración de la enfermedad, categoría del médico que rellene el CMD, determinados diagnósticos y las variaciones regionales que se interpretan como modalidades de la denominación de algunos diagnósticos.

El escaso número de casos no nos permite hacer análisis tan pormenorizados pero sí podemos señalar la alta predictibilidad y sensibilidad del CMD, en nuestro grupo para detectar infarto agudo de miocardio y cirrosis hepática, así como el alto valor predictivo de las neoplasias y las enfermedades del aparato gastrointestinal en general.

## **Conclusiones**

Aunque la muestra no es representativa de las muertes ocurridas en la comarca, debido a los múltiples sesgos que tiene, el alto índice de casos en los que se informa como causa inmediata la muerte, el paro cardíaco o la asistolia, así como los casos en los que se considera una causa intermedia

o inmediata, como causa básica y la pérdida en múltiples ocasiones de información disponible en la HC, nos permite concluir que el médico desconoce los objetivos así como la metódica a seguir y los criterios con los que se debe llenar el CMD.

La información disponible a partir del CMD, siguiendo criterios estrictos, tiene una fiabilidad menor al 10%, si tomamos en consideración las coincidencias diagnósticas para la causa básica de la defunción, este porcentaje sube al 38.8%. Según nuestro estudio podría estar sobrerrepresentadas las causas cardiovasculares y las enfermedades infecciosas e infravaloradas, los tumores, las enfermedades del SNC, mentales y congénitas.

Es necesario instruir a los médicos sobre los objetivos que persigue y la metodología que debe seguirse al llenar un CMD, para mejorar la calidad de las estadísticas de mortalidad. Son necesarios estudios de control de calidad del CMD sobre base poblacional que nos permitan sacar conclusiones generales. Es deseable aumentar el número de necropsias, que nos permitan mejorar el nivel asistencial disminuyendo los errores diagnósticos y realizar estudios de control de calidad del CMD, que detecten los falsos negativos y la sensibilidad que evitará caer en falacias sobre la fiabilidad de este instrumento.

#### RESUMEN

Los autores estudian los datos de necropsia de enfermos del Hospital de la Mutua de Terrassa comparándolos con los datos suministrados en el Certificado Médico de Defunción, comprobando su escasa fiabilidad. Indican la necesidad de instruir a los médicos sobre la importancia del CMD para los estudios estadísticos y la de aumentar el número de necropsias para mejorar el nivel asistencial y corregir los errores diagnósticos.

#### RESUME

Les auteurs étudent les données de necropsie des malades de l'hôpital de la Mutua de Terrassa et ils les comparent avec les données obtenues de l'Acte Medical de Décès, en comprobant sa maigre fiabilité. Ils indiquent le besoin d'informer les médecins sur l'importance de l'Acte Medical de Décès pour les études statistiques et celle d'augmenter le nombre de necropsies pour améliorer le niveau assistencial et pour corriger les erreurs diagnostiques.

#### SUMMARY

The authors study the data of necropsy of patients in the Hospital of the Mutual Aid of Terrassa, comparing them with the data provided by the Medical Certificate of Death and finding out its scarce fiability. They show the need of informing the doctors of the importance of this certificate for the statistical studies and that of increasing the number of necropsies in order to improve the level of medical care and to avoid diagnostic errors.

## BIBLIOGRAFIA

1. JAMES, G.; PATTON, R.E. and DESLIN, A.S.: *Public Health Reports*, 1955, 70, 32.
2. WALDROM, H.A. and VICKERSTAFF.: *Intimations of Quality*. London, Nuffield, Provincial Hospitals, 1977 (citado por 3).
3. Medical Services Study Group of the Royal College of Physicians of London. *British Med. J.* 1978, 2, 1.063-1.065.
4. CAMERON H.M., McGOOGAN, H. WATSON: Necropsy: Ayardstick for clinical diagnosis. *Br. Med. Journal*. Vol. 281 octubre 1980 (995-998).
5. BOSCH F.X., GARCIA y GONZALEZ, A., ORTO Y BEIF. J.: Mortalitat per tumors malignes a la ciutat de Barcelona. Evolucio secuela, estudi de la butlleta de defuncio. Ajuntament de Barcelona, 1980.
6. Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1975. Publicación Científica núm. 353. O.P.S./OMS 1978.
7. BARKER D.J.P. *Practical Epidemiology*. 3ª Edición. Churchill, Livingstone 1982.
8. HUGUET, M.; BADIA, R.; MARTINEZ, V.; NAVA, J.M. *Estudi Sanitari de la Comarca del Vallés. Filials del Vallés Occidental i Oriental de la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*. Marc 1983.
9. ALDERSON M. MEADE I.W.: Accuracy of diagnosis on death certificates compared with that in Hospital Records. *British J. Prev. Soc. Med.* 1967 21, 22-29.
10. KAMISNSKI R., BROCKERRY J., SESTIONS J. FRAZIER T.: Occupational Information on death certificates. A survey of states practices. *A.J.P.H.* May 1981, Vol. 71, núm. 5. 525-6
11. GITTELSON A. M.: On the distribution of underlined causes of death *A.J.P.H.* 1982. Vol. 72, núm. 2.



**Evolución de las ideas en relación con la configuración de la medicina general como especialidad en el ámbito territorial de la C.E.E.  
La libertad de establecimiento del médico general en la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas \***

J.F. MATEU ISTURIZ \*\*

I.—El libre establecimiento de los médicos, así como la libre prestación de servicios es hoy en día una realidad merced al desarrollo de los principios enumerados en el artículo 57 del Tratado de Roma a través de las Directivas del Consejo de la Comunidad Económica Europea 75/362 y 75/363 de 16 de junio de 1975. Dichas Directivas se refieren respectivamente al reconocimiento mútuo de diplomas, certificados y otros títulos de médicos, y a la coordinación de disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas, concernientes a las actividades del médico. A través pues, del reconocimiento mútuo de títulos y de la coordinación de las normas que regulan la profesión en los distintos Estados miembros, se ha conseguido que una profesión liberal por excelencia, como es la de médico, esté armonizada a nivel comunitario, haciendo realidad la figura del médico europeo como elemento esencial de lo que se ha venido en denominar en la jerga comunitaria la «Europa blanca».

En materia de especialidades médicas la Directiva 75/362, a efectos de reconocimiento recíproco, distingue entre especialidades comunes a todos

\* El presente trabajo forma parte de una serie que el autor, ha venido publicando en la revista científica *Tribuna Médica*, durante los años 1984 y 1985, bajo la rúbrica genérica «La Europa Blanca».

\*\* Abogado del Estado. Asesoría Jurídica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

los Estados miembros enumeradas en su artículo 5 y especialidades comunes a dos o más Estados miembros enumeradas en el artículo 7. El efecto esencial que se deriva de esa enumeración es el que ningún nacional de un estado miembro puede ejercer en otro Estado una especialidad médica sin haber obtenido el título de especialista que habilita para ello, tratándose de especialidades comunes a todos los Estados. Tratándose de especialidades comunes sólo a dos o más países, el nacional de un Estado miembro que quiera ejercer una especialidad que en su país de origen o procedencia no lo sea, pero sí en el de destino, vendrá obligado a realizar los estudios que el citado país de destino exige a sus propios nacionales para acceder a la mencionada especialidad y así acceder al título del cual carece. Esta obligatoriedad, sin embargo, debe de ser objeto de una importante matización ya que el sentido imperativo expuesto, en el artículo 8 de la Directiva 75/362 adquiere un marcado carácter potestativo ya que dice literalmente en los supuestos que hemos comentado de falta de titulación como especialista: «cada Estado miembro de acogida puede exigir». La interpretación literal y auténtica del artículo parcialmente transcrito nos conduce a la conclusión que nos encontramos ante una cláusula de reserva de soberanía establecida en favor de los Estados que quedan libres para ejercitar o no dicha exigencia. Esto desde una perspectiva puramente teórica, ya que la opción atribuida a los Estados se ha ejercitado claramente en un sentido favorable a la exigencia, para no suscitar una discriminación con respecto a sus propios nacionales que sí vienen obligados a cursar los estudios exigidos para la especialidad en cuestión. La adopción de otra posibilidad podría además provocar una desviación de sus propios nacionales hacia otros Estados donde no existiese la especialidad para cursar allí los estudios de medicina básicos y así con el título obtenido en el extranjero saltarse el obstáculo de la formación especializada.

Una vez hecha esta breve introducción y retomando el hilo del núcleo fundamental de nuestro artículo diremos que ni el artículo 5 ni el 7 de la Directiva 75/362, enumeran como especialidad médica la medicina general. Como concepto científico más próximo, solamente encontramos la medicina comunitaria como especialidad en el Reino Unido y la República de Irlanda ( Community Medicine ). La conclusión por exclusión a la que se llega es clara. Si los artículos 5 y 7 al efectuar la enumeración de especialidades lo hacen con el carácter de «*numerus clausus*», la medicina general como especialidad no existe en el ámbito comunitario por lo que cualquier nacional comunitario que haya obtenido cualquiera de los diplomas enumerados en el artículo 3 de la Directiva 75/363 puede ejercer en país distinto de aquel en donde hubiese obtenido el título de medicina a título de médico generalista.

Sin embargo, este panorama aparentemente claro resulta oscurecido en cuanto gran parte de los países miembros establecen una serie de condiciones complementarias para el ejercicio de la medicina general en el marco del seguro de enfermedad. Un breve repaso por países miembros nos muestra el siguiente panorama.

En Alemania los médicos para ejercer como generalistas dentro del marco del seguro de enfermedad, están obligados a efectuar un período de prácticas preparatorio (*vorbereitungszeit*) de dos años de duración antes de poder integrarse. Este período de formación tiene por finalidad familiarizar al médico con la legislación y el conjunto de reglas aplicables sobre la materia. Sobre este caso concreto el artículo 21 de la Directiva 75/362 estableció un plazo máximo de 5 años a contar desde la notificación de la Directiva al Estado Alemán, transcurrido el cual esta exigencia no podría ser opuesta a los titulares de diplomas médicos obtenidos en otros Estados miembros que quisiesen trabajar en la República Federal Alemana como médicos generalistas en el ámbito del seguro de enfermedad.

En los Países Bajos, después de 1974 la inscripción como médico generalista (*huisarts*) en el Registro de la Sociedad Real Holandesa de Médicos (*K.N.M.G.*), constituye una «*conditio iuris*» que es necesario cumplir para poder trabajar dentro del marco de la Seguridad Social. Esta inscripción no se produce a no ser que el interesado haya recibido una formación específica complementaria de un año como médico generalista. La exigencia de esta formación a los titulares de diploma médico obtenidos en otros Estados miembros ha generado el único asunto litigioso que se ha suscitado hasta el momento sobre la aplicación práctica de las Directivas 75/362 y 75/363. Nos estamos refiriendo al asunto 246/80, (*Brockmeulen C/ Huisarts Registratie Commissie*) al que luego nos referiremos más extensamente por la trascendencia del mismo a la hora de delimitar el ámbito objetivo y subjetivo de las citadas directivas. Solamente dejamos aquí apuntados dos problemas que luego examinaremos y que surgen como consecuencia de la primacía del Derecho comunitario frente al nacional y la objetivación de los supuestos de hecho contemplados por el mismo. Tales problemas se pueden esbozar a través de la formulación de las siguientes preguntas:

1. ¿Se puede, al titular de un diploma básico de médico reconocido como válido en la Directiva 75/362, obstaculizar el ejercicio de la medicina general mediante la exigencia de una formación complementaria no prevista en la Directiva?

2. ¿El Derecho que establece la Directiva es absoluto, objetivo y oponible «*erga omnes*», o bien se puede admitir una reserva de soberanía de los Estados miembros para establecer exigencias mayores de formación respecto de sus propios ciudadanos, bien hayan obtenido éstos su diploma bá-

sico en su propio país bien en otro donde esa exigencia exista también o en otro donde no exista?

En Dinamarca, se exige a los Licenciados una formación complementaria de 3 años como médicos generalistas antes de poder ejercer como tales en el ámbito de la Seguridad Social. Sin embargo, no están sometidos a esta exigencia los médicos de otros Estados miembros.

En Irlanda, el médico debe de acreditar una experiencia mínima de dos años antes de poder inscribirse en la Seguridad Social, si bien esta experiencia no es exigible tampoco a los médicos de otros Estados miembros.

En el Reino Unido existe lo que se denomina un «three years training period» que el médico debe de cumplir antes de poder ejercer como «principal» de medicina general. Para el médico extranjero se tiene en cuenta como mérito, pero no se exige experiencia práctica adquirida en el país de procedencia.

Lo expuesto hasta este punto no es sino una breve exposición de la evolución sufrida en los diferentes Estados miembros en las concepciones existentes sobre la formación de los médicos en medicina general. La importancia del médico general en la Comunidad Económica Europea, piedra angular del sistema sanitario, ha determinado la aparición de un movimiento muy fuerte tendente a exigir del médico generalista una formación específica antes de poder ejercer como tal, bien en el ámbito del sistema de la Seguridad Social, bien libremente. Frente a este movimiento, las Directivas 75/362 y 75/363, como ya hemos dicho, curiosa y extrañamente no han previsto nada, por lo que inclusive desde su fecha de publicación existe una discordancia que el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, como luego veremos, parece que ha consolidado en beneficio del Derecho Comunitario, a pesar de que éste no va acorde con la evolución de las ideas en el tiempo en este campo, como tendremos ocasión de ver un poco más adelante. Esta ausencia de la formación complementaria o especializada de médico generalista en las Directivas no significa que en el momento de su elaboración no se tuviese conocimiento de la evolución existente, ya que encontramos en las actas donde se refleja la discusión en el Consejo durante su elaboración una referencia a la misma, pero solo para exigir estudios y proposiciones ulteriores.

No es sino con posterioridad cuando el problema se aborda en toda su extensión. La Unión Europea de Médicos Generalistas (U.E.M.O.) ha realizado ya estudios muy completos. El Comité Consultivo para la Formación y el Comité de Altos Funcionarios de la Sanidad Pública intentan llegar a una concepción común. Sin embargo, parece que la solución no llegará a corto plazo, ya que no es claridad precisamente la palabra apropiada para definir la situación actual. Por un lado «lege data» nos encontramos ante las Direc-

tivas dictadas el año 1975 y que entraron en vigor el 1976 y 1977 que se basan en la circunstancia de que la obtención del diploma o título básico de medicina enumerado en las mismas permite, o bien dedicarse directamente al ejercicio de la medicina general, o bien acceder a una formación especializada de una duración que oscila, según la especialidad, entre los 3 y los 5 años. Por otra parte, nos encontramos frente a la evolución que se está produciendo en los Estados miembros tendentes a configurar como especialidad la medicina general.

En este punto sin embargo, las divergencias entre Estados son muy grandes; desde la inexistencia de dicha formación, caso de Italia, Luxemburgo, a la existencia de una formación perfectamente establecida como ya sucede en la República Federal Alemana (4 años), Dinamarca (2 años), Reino Unido (3 años), Países Bajos (2 años). En los otros Estados no citados, Bélgica, Francia e Irlanda se está en fase de reglamentación. Para complicar aun más el panorama, diremos que en algunos Estados donde existe ya, tal formación es facultativa, mientras que en otros es obligatoria.

Estas divergencias estructurales no hacen sino obstaculizar la labor armonizadora emprendida en el año 1975. Como ya hemos expuesto anteriormente, tendremos ocasión de analizar más en profundidad los conflictos que se pueden suscitar y que de hecho se suscitan cuando un Estado miembro establece la obligatoriedad de la formación complementaria como generalista para ejercer como tal en él, no sólo a los médicos formados sobre su territorio, sino también a los formados en otros Estados miembros. Estos médicos provistos de una titulación suficiente desde la óptica del Derecho Comunitario, según la legislación interna se verán excluidos del ejercicio de la medicina general en los Estados miembros en donde se exija esa formación complementaria con carácter obligatorio y sin distinción por razón del lugar de obtención del título.

La elaboración de un proyecto común sobre este punto, teniendo en cuenta las divergencias señaladas, exige un esfuerzo grande de aunar voluntades a través del lento proceso decisorio de las instituciones europeas. La Comisión de Bruselas trabaja en la actualidad en la elaboración de una proposición sobre la formación de médico general muy en la línea suya de cambio lento pero sustancial, a través de una reducción del ámbito de la discrecionalidad de los Estados miembros en el tema para conseguir la mayor homogeneidad posible; pero siempre con la idea presente que tan bien expresó el Profesor Weil refiriéndose al control de los actos de Gobierno: «demasiado rígido el control del poder, la presión del mismo podría hacerlo estallar». La Comisión, a fin de evitar el veto nacional en el Consejo prevee la instauración de la formación con carácter obligatorio en dos fases temporales sucesivas. En una primera fase, los Estados miembros estarán obligados

a establecer la formación dándola un determinado contenido y creando el título profesional correspondiente. En una segunda etapa esta formación sería necesaria para el ejercicio de la medicina general al menos en el ámbito de los distintos regímenes de la Seguridad Social.

El contenido de la formación que sería sancionado por un diploma reconocido recíprocamente por los Estados miembros sería fijado en sus grandes líneas. Esta formación sería complementaria de la formación básica de un mínimo de 6 años exigida para obtener la licenciatura en Medicina por la Directiva 75/363 en su artículo 3. Así pues, desde el punto de vista material y formal la formación complementaria se regularía como una especialidad más de las reguladas en la Directiva 75/363 con una duración mínima de 3 años. Esta formación en la línea expuesta comportaría como toda especialidad un doble aspecto teórico y práctico. La práctica podría ser realizada bien en un medio hospitalario o en una consulta de medicina general reconocida a este efecto.

El proyecto expuesto hasta aquí en sus líneas maestras se encuentra en la actualidad en fase de consultación con los Estados miembros, por lo que teniendo en cuenta las divergencias existentes entre los mismos, es de suponer que se van a introducir modificaciones antes de transformarse definitivamente en proposición de Directiva.

## **II.—ASUNTO 246/80 BROCKMEULEN C/ HUISARTS REGISTRATIE COMMISSIE**

### *A) RESUMEN DE LOS HECHOS Y DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO*

El Sr. Brockmeulen, de nacionalidad Holandesa había finalizado sus estudios de Medicina en Bélgica el año 1979. El diploma de médico obtenido en este país le habilitaba para ejercer sin ningún otro tipo de formación complementaria la medicina general en el mismo.

Habiendo regresado a su país de origen, Holanda, consigue el reconocimiento de su título pero se le deniega la inscripción como médico generalista por la Comisión de Registro de Médicos Generalistas (Huisarts Registratie Commissie), denegación que se fundamenta en el hecho de que el petionario no reunía las condiciones de formación exigidas al efecto por la normativa interna Holandesa. Estas condiciones a las que hacemos referencia y que luego explicaremos cuales son, tienen su origen en un acuerdo adoptado por el Colegio de Medicina General (College Woor Huisartsgenesskunde). El contenido del acuerdo suponía la exigencia para los Médicos Holandeses, titulares de un diploma de Dr. en medicina expedido por las autoridades académicas Holandesas, de cursar un año de formación complementaria antes de poder inscribirse en el registro de médicos generalistas. La ins-

cripción en el registro de generalistas en los Países Bajos, tiene una gran importancia ya que las prestaciones del Seguro de Enfermedad sólo se hacen efectivas a los pacientes cuando el médico que les asista está inscrito. Basándose en el régimen público, numerosas sociedades de seguros médicos habían calcado sus pólizas del sistema.

Ante la negativa, el Dr. Broeckmeulen recurrió contra el acto denegatorio y en el proceso subsiguiente el Tribunal encargado del conocimiento del asunto, por las connotaciones con el Derecho Comunitario, planteó al Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, sito en Luxemburgo, la cuestión prejudicial prevista en el artículo 177 del Tratado de Roma en los siguientes términos que transcribimos literalmente:

«¿Se puede deducir de las Directivas 75/362 y 75/363 la conclusión de que un ciudadano holandés que haya obtenido el diploma legal de Dr. en Medicina, Cirugía y Partos en Bélgica y que en virtud de ese título puede abrir una consulta como generalista en Bélgica, tiene derecho, en caso de instalarse en Holanda, a ser inscrito en el Registro de médicos generalistas de la Asociación Real Holandesa para la promoción de la medicina, sin necesidad de acreditar el haber realizado la formación complementaria exigida para esta actividad en Holanda?. La presente cuestión se suscita teniendo en cuenta que en virtud de la normativa vigente en los Países Bajos y aplicable de un modo general, la inscripción en el registro mencionado sólo es posible al final de la formación complementaria exigida y que en los Países Bajos un médico no puede abrir una consulta de medicina general sino después de haber accedido al citado registro».

## B) LA SENTENCIA

El fallo de la Sentencia dice literalmente:

«La Directiva 75/362 debe de ser interpretada en el sentido de que un nacional de un Estado miembro que haya obtenido un diploma de los enumerados en el artículo 3 de la Directiva en otro Estado miembro, en el cual con el título obtenido puede abrir una consulta de medicina general, tiene el derecho a establecerse como médico general en el Estado miembro del cual es nacional, incluso cuando este Estado miembro subordine el acceso a esta profesión sobre su propio territorio a exigencias suplementarias de formación».

La trascendencia desde la óptica Comunitaria de este fallo es indudable. Dejando a un lado los problemas formales suscitados en torno a la admisibilidad del recurso y que surgieron por la especial naturaleza jurídica de la Comisión de recursos del colegio, problemas que ya de por sí podrían hacer correr ríos de tinta sobre la interpretación del concepto «jurisdicción» con-

templado en el artículo 177 del Tratado de la C.E.E., el tema más importante que se contempla y que más nos interesa a efectos del tema que estamos desarrollando es el ámbito de aplicación de la Directiva 75/362 del Consejo de la C.E.E. que regula el reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de médico y que adopta medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y la libre prestación de servicios.

El ámbito de aplicación puede ser objeto de estudio desde dos enfoques distintos:

A) Personal y B) material.

A) La problemática que suscita el primer enfoque puede ser resuelta a través de la formulación de la siguiente pregunta: ¿Ampara la Directiva a un ciudadano Holandés que desee establecerse en su propio país (Holanda)? Se plantea aquí el problema ya aludido de la discriminación entre nacionales, generada por la objetivación del Derecho Comunitario. Esta discriminación surge, por la circunstancia de que el Derecho Comunitario en algunos supuestos es más favorable que el nacional, razón por la cual el nacional que puede prevalecerse del mismo por encontrarse en el supuesto de hecho previsto por la norma comunitaria, se encuentra en una situación de desigualdad que le favorece con respecto a sus compatriotas. El mantenimiento de una tesis subjetiva que vulnerase lo dispuesto, supondría admitir la discriminación «a rebours» es decir discriminación entre nacionales comunitarios por causas imputables a la normativa interna de un Estado miembro, discriminación que el T.J.C.E. ha prohibido formalmente en Sentencias recientes, entre ellas la «Koors» (Asunto 115/78, Sentencia de 7 de febrero de 1979) cuyo hilo argumental ha recogido la Sentencia que comentamos al decir que: «los nacionales de todos los Estados miembros que cumplan las condiciones exigidas por la Directiva deben de poder prevalecerse de la libertad de establecimiento cualquiera que sea el país donde se establezca». Se acude asimismo al principio elaborado por la Jurisprudencia del T.J.C.E. del «efecto útil» para prohibir tal discriminación por razón de nacionalidad cuando se dice: «Estas libertades fundamentales en el sistema de la Comunidad no podrán ser plenamente realizadas si los Estados miembros pueden negar los derechos reconocidos por la normativa comunitaria a aquellos de sus nacionales que han hecho uso de las posibilidades existentes en materia de circulación y establecimiento y que han adquirido las cualificaciones profesionales previstas por la Directiva en un Estado miembro distinto a aquel del que son nacionales».

La primacía del Derecho Comunitario se impone a toda consideración derogatoria del mismo basada en la nacionalidad y susceptible de menoscabar la plena aplicación del Derecho comunitario, aunque ello genere discri-

minaciones reales desde la perspectiva del Derecho nacional, entre quienes en virtud del principio de territorialidad de las normas del Derecho público y de igualdad ante la Ley deben de ser objeto de un tratamiento igual.

B) El segundo enfoque, es decir el ámbito de aplicación material, plantea el problema clave de saber si los títulos de médico que se contemplan en el Capítulo II de la Directiva y que en principio deben de ser reconocidos sin necesidad de cumplir ninguna otra condición suplementaria exigida por las legislaciones nacionales en todos los Estados miembros a fin de ejercer la profesión, habilitan para el ejercicio de lo que se denomina medicina general.

El Estado Holandés fundamentó sus alegaciones en el hecho de que la evolución de la ciencia médica y las ideas no permitían hoy en día el ejercicio de la profesión en el campo de la medicina general con el diploma básico solamente. Esta actividad gozaba ya de una autonomía propia suficiente para desgajarse del tronco común de la medicina y constituirse en nueva especialidad médica en la forma prevista por el Derecho Comunitario. Frente a esta argumentación de «*lege ferenda*», hemos de decir que el Tribunal se opuso de plano por el principio de que las leyes sólo se derogan por otras leyes posteriores, arguyendo que como tal especialidad no aparece contemplada en la Directiva no puede ser reconocida por la normativa comunitaria por el carácter de «*numerus clausus*» que tiene la enumeración realizada de especialidades en la Directiva. La consecuencia es obvia, ningún Estado puede negar el acceso al ejercicio de la medicina general al titular de un diploma de medicina expedido en otro Estado miembro.

Ahora bien, el fallo no contempla, ni mucho menos, todos los supuestos que se puedan plantear ya que sólo se pronuncia sobre el supuesto de hecho controvertido de titular de diploma obtenido en un Estado miembro que no exige formación suplementaria para el ejercicio de la medicina general y ejercicio en otro Estado miembro que si lo exige. Entre otras se podría plantear la hipótesis de que el titular de un diploma Holandés, país donde hemos visto que se exige una formación suplementaria, quisiese establecerse en otro Estado en donde no existiese dicha formación, sin haber realizado en el país de expedición del título tales estudios y que por esta razón se le rechazase. Frente a esta hipótesis, prescindiendo de las circunstancias concretas planteadas en el caso que estamos tratando, entendemos que la postura del Tribunal en sus considerandos es clara: En ningún caso los Estados miembros pueden exigir una formación complementaria a los médicos que presenten uno de los diplomas enumerados en el artículo 3 de la Directiva 75/362 y expedidos en otro Estado miembro. El Tribunal juzga según la norma, no la norma, pues ésta es su función como órgano judicial de tipo continental y no anglosajón (sistema del *case law*), por lo que aún cuando científica-

mente fuese mejor la solución de «lege ferenda» y realmente fuese conveniente adoptar la legislación existente al progreso de la ciencia y evolución de las ideas, el Tribunal no puede extralimitarse en sus funciones. En esta misma línea, el Tribunal destaca los efectos y objetivos de reconocimiento mutuo que trasciende más allá del simple reconocimiento académico para pasar a ser un reconocimiento civil que habilita para el ejercicio profesional.

Para acabar, comentaremos un tema que nos parece realmente importante por la trascendencia práctica que puede tener que consiste en una desviación de los estudiantes de un Estado a otro y que tiene su génesis en la desigualdad subyacente, desigualdad que puede agravarse desde el punto de vista subjetivo por la diferente capacidad económica de las personas. ¿Puede un Estado mantener la formación complementaria para aquellas personas que estudian en él y van a ejercer en él? La solución a primera vista para evitar este obstáculo sin entrar en la cuestión de fondo parece fácil, irse a cursar los estudios a otro Estado miembro. Sin embargo, esta desigualdad que genera esta emigración provocaría mayores desigualdades, pues resultarían favorecidos aquellos que tienen medios económicos para estudiar fuera. En el desarrollo del asunto comentado tal cuestión no fue suscitada por ninguna de las partes y el Tribunal se limitó a constatar una solución dada sin apuntar hipótesis como la que comentamos. Una contestación en sentido afirmativo supone que cada Estado miembro goza de libertad en su propio territorio para organizar la formación de los futuros médicos a condición de respetar los criterios de la Directiva, que no olvidemos son siempre mínimos, incluso cuando esta formación se sitúa en una fase temporal posterior a la obtención del diploma reconocido a nivel comunitario. Entendemos que esta tesis es válida por las siguientes razones:

a) Los criterios de formación comunitaria son mínimos, ya que en el fondo de toda la construcción jurídica comunitaria subyace el deseo de lograr el máximo nivel en la formación de los futuros médicos, voluntad que ha tenido expresión en numerosas manifestaciones públicas y documentos manejados como consecuencia de la elaboración de la Directiva. Sería pues, absurdo, prohibir una mayor exigencia en la formación, independientemente del momento temporal en el que se tenga que realizar.

b) El supuesto de hecho que constituye la premisa mayor del silogismo jurídico que hay que realizar para la aplicación del Derecho Comunitario en materia de libertad de establecimiento supone un tránsito interestatal. Por esta causa el Derecho Comunitario no puede ser aplicado cuando el supuesto de hecho no existe como es la hipótesis que contemplamos. En este caso, el Estado es soberano en cuanto a la formación suplementaria. Esa interpretación que hemos hecho perfectamente válida desde la óptica del Derecho Comunitario, quedaría incompleta sino dijésemos que el Derecho Comuni-

tario posee no sólo una eficacia normativa directa, sino que una de sus virtudes es aproximar las legislaciones de los Estados miembros, por lo que a través de situaciones como la que comentamos se manifiesta la presión del Derecho Comunitario sobre los Estados miembros a la hora de una armonización mayor de sus legislaciones ya que como vemos, el mantenimiento de sus peculiaridades por parte del Estado lo único que podría llegar a generar serían problemas políticos internos.

#### RESUMEN

La permanente evolución de la Ciencia, unida a la voluntad constante de mejora asistencial, está determinando, en el ámbito europeo, la aparición de un movimiento, con realizaciones ya concretas, tendente a la configuración de la medicina general, como una especialidad médica en el sentido propio de la palabra. La Comunidad Económica Europea, titular de potestades armonizadoras sobre la profesión médica existente en su ámbito, se encuentra en la línea citada movida por su afán de calidad. La situación de los trabajos en curso, los problemas que surgen, los criterios que pueden informar la preparación de los nuevos especialistas, así como la superación de los conflictos derivados de la coexistencia actual de diversas legislaciones constituyen el fundamento básico de este artículo.

#### RESUME

La permanente evolution de la Science, unie à la volonté constante d'amélioration assistentiele, est en train de déterminer, en Europe, l'apparition d'un mouvement, avec des réalisations déjà concrètes, tendant à la configuration de la médecine général, comme une spécialité médicale dans le propre sens du mot. La Communauté Economique Européenne titulaire de pouvoirs harmonisateurs sur la profession médicale existante dans son cadre, se trouve dans cette ligne, mue par son désir de qualité. La situation des travaux en cours, les problèmes qui surgent, les critères qui peuvent informer la préparation des nouveaux spécialistes, ainsi que la supération des conflits dérivés de la coexistence actuelle de diverses législations constituent le fondement de ce travail.

#### SUMMARY

The dynamism of scientific research, hand to hand with the permanent will of better health assistance, is creating in Europe the framework in which general medicine will be configurate as a real medical speciality. The European Economic Community, aware of the tendance, and with full powers in order to armonize the medical profession in his area, is actually dealing with the task. How the work is going on, the problems which arise, the principles and the legal conflicts actually existant caused by the different national legislations are the basis of this article.



## **La educación para la salud en la educación permanente de adultos. Una experiencia en el medio urbano**

GERVAS J. (1), SERRANO M.R. (2), ELVIRA, P. (3) y PEREZ FERNANDEZ, M.M. (4)

### **Introducción**

La educación para la salud es parte del proceso educativo general (1); su objetivo fundamental es el de permitir a cada persona: a) la adquisición de conocimientos y competencias en materia de atención de salud y b) participar activamente en el desarrollo sanitario (2). El esfuerzo mundial para alcanzar la «salud para todos en el año 2000» (3), meta de los 134 países firmantes de la declaración de Alma-Ata en 1978, exige nuevas políticas de educación sanitaria que incluyan el compromiso de equidad en la asignación de recursos sanitarios y educativos, y especialmente el mandato a todos los agentes sanitarios, educadores y miembros de los medios de educación para que asuman responsabilidades en las actividades de educación sanitaria (4, 5).

De un tiempo a esta parte, se advierte que la ciencia y la tecnología de la salud han alcanzado un punto en el que su contribución a un mejoramiento constante del nivel de salud solo puede tener repercusiones reales si la propia población comienza a participar activamente en la protección y promoción de la salud (4, 6). La educación para la salud, tradicionalmente orientada hacia la prevención primaria, debe hacer hincapié no solo en la preven-

(1) Ambulatorio «Hnos. Aznar». Consultorio de la C/ Gral. Morcadoró, 7. Madrid 20

(2) Centro Público de Educación Permanente de Adultos de Fuencarral. C/ Ntra. Sra. de Valverde, 4. Madrid 34

(3) Laboratorio Municipal de Higiene. C./ Bailén, 41. Madrid 5

(4) Ambulatorio «Clez. Bueno». Consultorio de la C/ Miguel Yuste, 43. Madrid 17

ción sino también en la promoción de la salud y, especialmente, en la participación de la comunidad (4, 5, 7, 8).

La educación para la salud es una necesidad tanto para el hombre como para la mujer. Pero al ser las mujeres las principales proveedoras de atención de salud, son ellas las más necesitadas de programas de educación sanitaria, de forma que puedan mejorar su propia salud y la de sus familias y comunidades (2, 9). Las ideas que la mujer tenga de la salud constituyen un determinante fundamental de la salud de toda la familia (6, 10).

Se presenta en este trabajo una experiencia de educación para la salud cuyo objetivo global fue el de facilitar la adquisición de un concepto de salud dentro de un modelo comunitario (1, 2, 4, 5). Para lograrlo se emplearon diversos objetivos específicos: 1/ evidenciar la falsedad del concepto de salud como sinónimo de carencia de enfermedad (11, 12). 2/ separar la salud, su promoción y conservación, como algo no dependiente directamente de la actividad médica (4, 13), 3/ señalar las diferencias, ventajas e inconvenientes del modelo comunitario-ecológico y del médico biológico (11, 13), 4/ buscar y marcar los límites de las actividades sanitarias tradicionales para elevar el nivel de salud (4, 11, 14-17) y 5/ relacionar la educación para la salud con la vida y los problemas diarios y con el resto de las enseñanzas biológicas y sociales (1, 4, 11, 13).

## Material y método

La experiencia se llevó a cabo en el Centro Público de Educación Permanente de Adultos de Fuencarral (distrito de la periferia de Madrid), donde uno de nosotros (M<sup>o</sup> RS) forma parte del claustro de profesores. Las actividades se desarrollaron como un curso monográfico dentro de los de programación abierta, en el que participaron mayoritariamente las mujeres englobadas en los cursos de ampliación, tras la obtención del título de Graduado Escolar (tabla 1). Participaron también mujeres que estaban cursando estudios a distintos niveles para la obtención de dicha titulación. El curso, titulado «Educación para la salud» no despertó interés entre los escasos participantes masculinos habituales, siendo siempre femenina la asistencia. El número de participantes fue variable oscilando entre 35 y 45. Las actividades se realizaron en cuatro sesiones de dos horas de duración cada una, en un total de cuatro semanas durante el mes de noviembre de 1983.

El método o procedimiento que se utilizó fue, mayoritariamente, el pluri-direccional o dialogado, reduciendo el unidireccional al manejo de alguna fuente bibliográfica, como fue el caso de algunos folletos editados por la Dirección General de Salud Pública, o uno de elaboración propia acerca de los hábitos alimentarios y otras cuestiones de salud. La consideración, por tan-

to, de que todo el mundo tiene conocimientos de salud y es capaz de transmitirlos nos llevó a la idea de la pertinencia del método pluridireccional (1, 18) como así lo demuestra el desarrollo de una encuesta de reconocimiento, el sociodrama o la discusión en grupo.

TABLA 1.—CARACTERISTICAS DEL GRUPO HABITUAL DE ALUMNAS.  
TABULACION Y POLIGONO DE FRECUENCIAS DE EDADES

Estado civil: casada (34), soltera (1)

Nivel escolar: Graduado Escolar (35)

Profesión: ama de casa (29), auxiliar de clínica (2), ATS (1), admto. (1)

Intervalo	X	f	fX	fX <sup>2</sup>
29 - 31	30	4	120	3.600
32 - 34	33	6	198	6.534
35 - 37	36	9	324	11.664
38 - 40	39	9	351	13.689
41 - 43	42	5	210	8.820
44 - 46	45	2	90	4.050
	—	35	1.293	34.668

$\bar{X} \pm S = 37 \pm 4.1$  (68.5%)

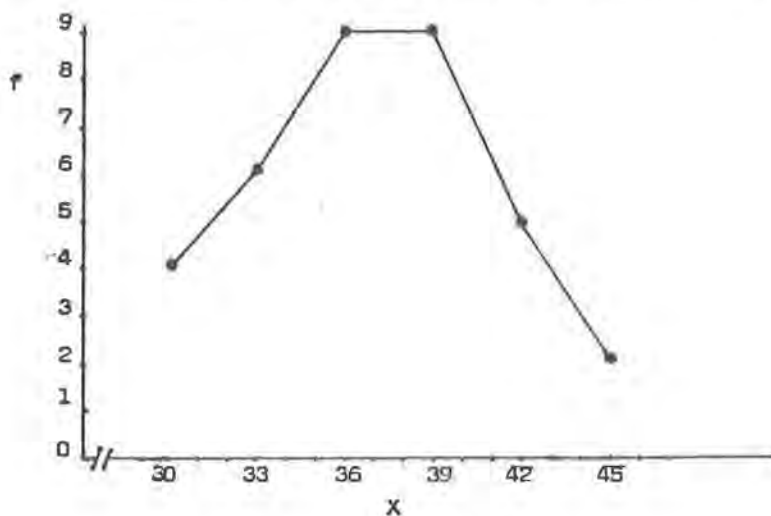
$\bar{X} \pm 2S = 37 \pm 8.2$  (94.8%)

Media:  $\bar{X} = \sum fX/N = 37.0$

Desviación Típica:  $S = [(\sum fX^2/N) - \bar{X}^2]^{1/2} = 4.1$

Rango o recorrido:  $A = 46 - 29 + 1 = 18$

FIG. 1.—POLIGONO DE FRECUENCIAS (F) DE EDADES (X)



## Resultados

En la primera sesión se utilizó una encuesta (tabla 2) para establecer el contacto, conocer el nivel previo y construir un marco de referencia; se completó el material con la entrega de un folleto en relación con la encuesta realizado por uno de nosotros (JG). La corrección de la encuesta, realizada en común por las propias alumnas, agrupadas en cinco equipos, permitió la participación activa de todos los asistentes; la distribución de las respuestas se expone en la tabla 2. El diálogo se vió facilitado por el buen nivel previo de las alumnas; la discusión llevó a los conceptos generales de los objetivos específicos en las preguntas 1, 2, 3, 10, 11 y 13, versando acerca del concepto de salud como estado físico, psíquico y social de realización personal y comunitaria, acerca del papel de la atención primaria para alcanzar la salud para todos, y acerca del rol que a todos los componentes de la sociedad les corresponde en la salud comunitaria (6, 7, 9, 11, 13, 19). La respuesta más discutida fue la de la decimotercera pregunta («la prevención de las enfermedades es cuestión de cada uno») al insistir en la dificultad de la prevención individual cuando los riesgos son de origen social más que personal (11, 13, 20-23).

La segunda sesión comenzó con el comentario de los resultados globales de la encuesta, y se dedicó posteriormente a la lectura de una «carta al director» publicada en un diario (24), contestada por cada alumna personalmente en un tiempo máximo de quince minutos; posteriormente se dramatizó el comportamiento que dicha carta reflejaba. De las 38 asistentes a la segunda sesión, dos aprueban y 36 rechazan en su respuesta la actitud medicalizada que refleja la «carta al director». En la tabla 3 se resumen las cartas de las alumnas que no aprobaron la actitud reflejada en el periódico.

En el curso de la segunda sesión se dramatizó la consulta médica de una paciente cuya mentalidad podría reflejarse a través de la carta del diario. Una alumna realizó el papel del médico y otras dos de la madre y el hijo que asisten a la consulta; los mayores aplausos los ganó la «madre», pero se extrajeron conclusiones tanto de su actitud como de la del «médico». Especialmente se planteó la función del médico tanto respecto a las expectativas del sistema que le paga, como respecto a las de la población a la que atiende (3, 14, 20, 23, 25-28). También se discutió la falta de apoyo social a la actitud responsable del ciudadano/paciente y la dejación de responsabilidades en salud en mano del estamento sanitario (5, 11, 13, 29).

La tercera sesión empezó con la crítica y comentario a los resultados globales de las contestaciones a la carta (tabla 3), y continuó con la confec-

TABLA 2.—MODELO DE LA ENCUESTA INICIAL Y DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS (N = 38): V (VERDADERO), F (FALSO), EB (EN BLANCO)

Lee las frases siguientes y enmarca la letra v (v) si consideras que es verdad, o la letra f (f) si consideras que es falso.

	V	F	EB
1.—La salud es cosa del médico. v, f .....	2	35	1
2.—Algún día habrá píldoras para curar todo. v, f .....	4	34	—
3.—El futuro de la salud depende de la existencia de mejores hospitales. v, f .....	6	29	3
4.—Los dientes sanos son de color blanco. v, f .....	9	28	1
5.—En realidad es mejor la lactancia natural que la artificial. v, f .....	36	2	—
6.—Los accidentes son causa de muerte muy frecuente. v, f .....	30	5	3
7.—Muchas enfermedades son de origen psíquico («nervios»). v, f .....	36	1	1
8.—Masturbarse dificulta el desarrollo físico y psíquico. v, f .....	4	31	3
9.—Lavarse las manos antes de comer evita infecciones. v, f .....	37	1	—
10.—La salud incluye el bienestar social. v, f .....	36	1	1
11.—Un buen ambulatorio es preferible a un buen hospital. v, f .....	31	6	1
12.—El cáncer no es siempre un diagnóstico de muerte. v, f .....	32	6	—
13.—La prevención de las enfermedades es cuestión de cada uno. v, f .....	25	9	4
14.—Lo mejor para el estreñimiento, los laxantes. v, f ....	—	38	—
15.—Estando con la regla una no debe lavarse la cabeza. v, f .....	3	34	1
16.—La gripe se cura con medicamentos. v, f .....	8	26	4
17.—La tuberculosis es curable. v, f .....	37	1	—
18.—La lepra existe en España. v, f .....	30	4	4
19.—Una alimentación variada lleva vitaminas suficientes. v, f .....	31	4	3
20.—El alcohol es una droga dura. v, f .....	31	5	2

ción, en común y por equipos, de un mural acerca de las noticias y comentarios de prensa que habían seleccionado y ordenado en el curso de la semana los distintos equipos. Uno de ellos consiguió distintos folletos editados por la Dirección General de Salud Pública que despertaron el interés general. Entre los temas que, seleccionados sobre lo tratado en las dos primeras sesiones, produjeron mayor intercambio de opiniones se encontraron: vacunaciones, alcoholismo, tabaquismo y contaminación ambiental por plomo. El tabaco renovó un antiguo debate ganado de derecho por las no fumadoras, pero de hecho por las fumadoras que fuman en clase habitualmente.

La cuarta sesión se dedicó a la puesta en común de los trabajos de campo que los distintos equipos habían realizado sobre los cuatro problemas seleccionados: medicamentos almacenados en los domicilios, accidentes por productos químicos en los mismos, condiciones de pérdida de salud que conllevan asistencia médica y dotación sanitaria del distrito de Fuencarral. A través de la Sección de Educación Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública se consiguió material idóneo del disponible para uso del público que se suministró a los asistentes.

Con respecto a los medicamentos almacenados en los domicilios se obtuvieron datos de un total de 65, en los que se determinaron: el lugar de almacenamiento, los nombres comerciales, los que estaban en uso, la posible reutilización sin indicación médica, su destino cuando se desechan, y los

TABLA 3.—DISTRIBUCION DE LAS DISTINTAS VARIABLES QUE SE ESTUDIARON EN LAS CARTAS DE RESPUESTA DE LAS ALUMNAS A LA PUBLICADA EN «EL PAIS» (Anexo 2)

1.—Expresan literalmente su opinión contraria .....	19
2.—Expresan literalmente su repulsa al médico anterior .....	5
3.—Defienden al médico actual .....	24
4.—Dan consejos generales de salud .....	26
5.—Dan consejos concretos acerca del contenido suficiente en vitaminas de una dieta variada .....	19
6.—Dan consejos correctos acerca del uso de laxantes .....	12
7.—Dan consejos correctos acerca del tratamiento de un catarro banal .....	9
8.—Aconsejan correctamente acerca de la obesidad .....	8
9.—Dan una visión de la actividad del médico de cabecera como proveedor de prevención y no solo de curación .....	21
10.—Destacan el papel de la mujer/ama de casa como agente de salud .....	10
11.—Emplean argumentos de disculpa y comprensión de la actitud medicalizada por una educación defectuosa .....	5

nombres de aquellos obtenidos directamente en la farmacia. Solo en un domicilio no había ningún medicamento (se hacía constar que era el domicilio de una naturista); el máximo de fármacos acumulados con receta médica fue de 73; por autorreceta el máximo fue de 17. El lugar más común de almacenamiento era el armario del cuarto de baño, seguido por el del cuarto de estar; en los dos sin llave habitualmente. Raramente se volvían a utilizar los medicamentos almacenados, que normalmente terminan en la basura.

Acercas de los accidentes domésticos por productos químicos se registraron un total de 13 (un 20% de los domicilios encuestados), siendo por fármacos 9 (un 13,8% de los domicilios), de ellos 5 en niños de dos años de edad.

Sobre las condiciones de pérdida de salud que conllevan el contacto con el sistema sanitario actual hubo coincidencia entre los distintos equipos, resumiéndose las opiniones en la tabla 5. Surgieron diferencias de opinión acerca de la gradación del concepto de salud y acerca del concepto de enfermedad y de las posibilidades, ventajas e inconvenientes del autotratamiento (4, 6, 7, 10, 13, 25, 30, 31).

La dotación sanitaria de Fuencarral fue extensamente tratada, abarcando desde grandes hospitales (C.S. «La Paz» y C.E. «Ramón y Cajal», etc.) hasta pequeños consultorios particulares. Se hizo evidente para todos los grupos la sobreabundancia de farmacias (un equipo llegó a contabilizar 17 en un área pequeña) y la escasez de odontólogos.

## Discusión

La evaluación de los resultados de la educación para la salud demuestra generalmente que es muy efectiva aumentando los conocimientos, que es relativamente efectiva mejorando las actitudes, y que es habitualmente ineficaz en su contribución al cambio de las prácticas y hábitos de vida insanos (1, 32-34). Nuestro objetivo global, la adquisición de un concepto de salud dentro de un modelo comunitario (1, 2, 4, 5) parece haberse logrado (tabla 3) al menos en teoría, aunque puede sospecharse también su consecución en la práctica al lograr las propias alumnas asociar los conocimientos teóricos con los casos concretos (cuarta sesión y tabla 4). Naturalmente no se han podido superar todos los obstáculos que impiden la realización de los fines de la educación para la salud, pero se han logrado hacer evidentes los problemas sociales que se oponen a la consecución de la salud para todos, como por ejemplo: ambiente regresivo y autoritario en sanidad, pautas y de expresión insanos socialmente tolerados, información tergiversada, falta e inadecuación de servicios, etc. (3, 6, 14, 35). Las dificultades han aflorado también a través de la fuerte medicalización de la salud,

TABLA 4.—RELACION DE LOS TEMAS A QUE SE REFIRIERON LAS NOTICIAS RECOGIDAS EN EL MURAL

Lactancia materna: ventajas sobre la artificial

Peligrosidad de los quitamanchas: toxicología del benzol; productos cancerígenos

Tratamiento de la gripe: prevención por vacunación y sintomático

Medicamentos ineficaces: peligros para la economía y la salud

Autorreceta: inconvenientes y realidades

Salud mental: presiones sobre los adolescentes; fracaso escolar; higiene mental

Manipuladores de alimentos: control y riesgos

Vacunas: prevención del tétanos, poliomiélitis, difteria, rubeola, gripe y rabia. Eliminación de la viruela

Atención de urgencias: inconvenientes

Alcoholismos: legislación laboral; aspectos económicos; repercusiones sociales y personales; tratamiento

Tabaquismo: ejemplo a los hijos; fumadores pasivos, problemas de convivencia; peligros para la salud; aspectos económicos

Salud dental: fluoración; caries; tetraciclina en niños

Contaminación por plomo: tetraetilato de plomo en gasolina; contenido en gomas de borrar

Legislación: en el Estatuto de los Trabajadores; en la Constitución; anteproyecto de Ley Básica de Salud. Actitudes de los médicos.

que a veces se expresaba mediante vivencias intensamente ancladas o a través de la falta de hábito para el trabajo en equipo.

Se ha evitado la responsabilización individual culpabilizante, pero también la sensación de impotencia que provoca la dejación de responsabilidades en salud sobre los estamentos técnicos; el individuo debe sentirse responsable al adquirir conciencia de la necesidad del compromiso de todos, es decir técnicos y legos, para resolver los problemas que no se resolverán si no se actúa sobre el conjunto de la sociedad (1, 13, 14, 36). Prevención no significa reprochar a la gente sus malos hábitos, sino ayudarles a que los mejore (12).

La metodología empleada ha sido fructífera, tal vez por el buen nivel inicial del grupo. La encuesta (tabla 2) y una corrección por equipos permitió un amplio cambio de opiniones en el que se pudieron combinar conceptos prácticos (preguntas 4 a 9, 12 y 14 a 20) junto a conceptos generales (preguntas 1, 2, 3, 10, 11 y 13). El intercambio de conocimientos fue pluridireccional: docente/discentes, y bidireccional: alumna/alumna, constituyendo

TABLA 5.—MODIFICACIONES DEL ESTADO DE SALUD QUE SE PERCI-  
BEN COMO CAUSA DE CONSULTA MEDICA

Accidentes graves. Accidentes leves con lesiones evidentes.

Fiebre: temperatura de más de 38° una sola vez; más de 37.5°C (varios días).

Dolor: intenso, inusual o mantenido; especialmente si se acompaña de otras alteraciones (fiebre, vómitos, deformidades, etc.)

Trastornos digestivos: vómitos repetidos, especialmente si no son alimén-  
ticios, diarrea intensa, dolorosa o con fiebre.

Alteraciones en la coloración de la orina; o en la micción.

Trastornos respiratorios: tos repetida o muy intensa; expectoración, espe-  
cialmente sanguinolenta.

Pérdida de apetito: especialmente si se acompaña de adelgazamiento; o  
retraso del crecimiento.

Trastornos del equilibrio: mareo.

Alteraciones de la superficie cutánea: de la coloración; deformidades;  
bultos; varices; hinchazón.

Trastornos psíquicos: nerviosismo exagerado, insomnio mantenido.

Trastornos neurológicos: pérdida de audición/visión, alteraciones de la  
sensibilidad o de la fuerza; tics.

las opiniones y experiencias de todos un punto de reflexión que facilitó la labor de aprendizaje (1, 4, 13).

Fueron conceptos muy discutidos, el de la falta de correlación entre el aumento de los gastos sanitarios y el aumento en el nivel de salud (37, 38, 39), el de la dificultad de la prevención personal cuando el contexto social favorece estilos de vida insanos (2, 11, 13, 14), y el del verdadero papel a jugar por el estamento sanitario como colaboradores de un cambio que permita a la comunidad adquirir conciencia de los problemas de salud que padece (5, 11, 26, 40, 41).

Se insistió en que las pautas de conducta y los estilos de vida sanos mejoran la salud individual muchas veces solo en términos de probabilidad; así lo que socialmente es un logro cuantitativo como la disminución de cánceres de pulmón en una población que deja de fumar (42), a título personal tan solo disminuye la probabilidad del cáncer, pero no la excluye (35, 43). Por otra parte resulta fácil evidenciar el contexto económico y legislativo que facilita los hábitos insanos (11, 44); por ejemplo, y a propósito del tabaco, se ha calculado que la ventaja en salud de su abandono en bloque por una na-

ción supondría un perjuicio económico, no solo por los daños a la industria tabaquera en sí, sino también por el aumento de la prolongación de la vida (pensiones de jubilación, etc.) (45). El ejemplo del tabaco, accesible y directo, permitió también hacer evidente las contradicciones del personal sanitario y docente, cuyas prácticas de salud no difieren de las de la población general (46) o son aún más negativas (47), lo que intuitivamente demuestra, bien la poca fundamentación científica de las pautas de salud recomendadas (35, 48), bien la dificultad para transformar la información en cambio de conducta (1, 14, 35).

La falta de correlación entre los gastos sanitarios y el nivel de salud es un punto de discusión generador de ideas acerca del valor de la tecnología y del personal sanitario en la consecución de la salud para todos (6, 37, 38, 49). Es preciso reconocer el valor que toda persona tiene como agente de salud para sí y para la comunidad (3, 6, 7, 30). Mejorar el nivel de salud solo puede conseguirse con la plena participación de la comunidad entera (1, 4, 6, 23, 49). La participación puede lograrse a través de la educación para la salud, es decir, modificando las actitudes y comportamientos a través de la información y participación (1, 3, 6, 11, 19, 41). El papel de la mujer como agente de salud es indudable, pero muchas veces se presta atención a las desigualdades económicas y sociales y se olvidan las que afectan a las mujeres en todos los aspectos de la vida, incluidos los sistemas de salud (9, 10, 41). Resulta así paradójico que con frecuencia se descuide la salud de las mujeres, se infravalore su acción sanitaria (muchas veces ni siquiera se reconoce), y se ignoren sus condiciones de trabajo; la contribución que la mujer hace a favor de la salud ni se percibe ni se agradece. Se debe en parte a que las propias mujeres no tienen muchas veces suficiente autorrespeto y carecen de la necesaria confianza en sí mismas; si se consigue que aumente su autoestima, lo más probable será que la mujer reciba más consideración por parte del hombre y del sistema social (6, 9). Es difícil valorar si se ha conseguido algo semejante en la experiencia realizada, pero se ha intentado a través de la responsabilización y la búsqueda de métodos de cambio de la realidad que permitan autoafirmarse a la mujer; al menos se ha conseguido algún éxito parcial, como el trabajo en equipo y especialmente el trabajo de campo (cuarta sesión) que suponen la superación del individualismo y la visión crítica de la realidad circundante, modificable o no.

La continuidad de la acción es un problema básico en educación para la salud; inventar la temática en los modos de vida y en las decisiones de cada día requiere una acción continua y no lecciones esporádicas (1, 13). Las tareas de educación sanitaria no son tareas de especialistas, sino obligaciones de quienes están en contacto continuo y cotidiano con la comunidad: los maestros en la escuela, los médicos de cabecera en el barrio, los obreros

en la fábrica, etc. (11, 13, 14). Intervenciones esporádicas, hechas desde fuera, por parte de técnicos que a veces incluso emplean un lenguaje incomprensible y cuyas experiencias personales nada tienen que ver con los problemas de la comunidad de que se trate, pueden contribuir a confirmar que en el fondo la salud es sólo realmente una cuestión de médicos y técnicos (1, 2, 4). A evitar esto hemos dedicado esfuerzos que se han concretado en la comunicación de ideas y experiencias dentro del propio grupo (multidireccional), y sobre todo a asegurar la continuidad mediante la participación y la presencia de los maestros habituales.

Todos los estilos de vida tienen componentes de salud y de enfermedad. La educación para la salud debe capacitar al individuo para realizar opciones en las circunstancias cambiantes de la vida, pero no debe extenderse un recetario de normas cuyo cumplimiento asegure la salud (11, 12, 35) entre otras cosas porque no existe y porque un falso sanismo es el siguiente paso. Es preferible, pues, una educación para la salud que permita elegir, aún con los riesgos que toda elección conlleva.

Además de los aspectos generales acerca del concepto de salud, y teniendo en cuenta la fuerte medicalización de la sociedad española (26, 29) se seleccionaron como hechos esenciales para debate la salud dental (50), las prácticas alimentarias (50-52), la prevención de los riesgos de la civilización (6, 22, 27, 35, 53), las drogas sociales, y la salud sexual y mental (54). En las tablas 3, 4 y 5 pueden observarse los resultados, que al menos parcialmente coinciden con los esperables. Es llamativo que no se mencionen los trastornos de la sexualidad como causa de consulta (tabla 5), reflejando así una antigua actitud cultural. Las pautas de vacunaciones son conocidas y bien aceptadas, siendo algo compartido el éxito frente a la viruela. El grupo fue naturalmente permeable a la realidad social (tabla 4), lo que se tradujo en interés por la manipulación de alimentos (ha habido recientemente varios casos de contaminación en comedores comunes), las prácticas alimentarias (sigue aún vivo el peso del envenenamiento por el aceite de colza desnaturalizado), la existencia de medicamentos ineficaces y/o peligrosos (el Ministerio de Sanidad retiró recientemente un grupo de dichos medicamentos) y la contaminación por plomo (respondiendo a una campaña de sensibilización en prensa, tras años de olvido).

Los resultados expuestos la tabla 3 reflejan la actitud positiva de este grupo de mujeres adultas, capaces de valorar su propio papel como agentes de salud (3, 9, 10) y, por supuesto, críticas hacia un modelo médico autoritario que consideran ha de transformarse para perder el privilegio curativo y pasar a jugar un importante papel en el trabajo común de prevención y promoción de la salud, fundamentalmente a través de la atención primaria de salud (3, 26, 40).

La educación para la salud ha de satisfacer el objetivo de lograr que la población participe plenamente en la consecución de la salud para todos (1-5). Los distintos educadores sanitarios deben ser conscientes del poder que tienen en sus manos, pese a las dificultades que casi convierten en utópico el objetivo, pues la educación para la salud es una poderosa fuerza que puede transformar necesidades ignoradas en necesidades sentidas, y éstas en demandas con repercusiones políticas, sociales y culturales (4, 11, 44).

### **Agradecimiento**

Al claustro de profesores del Centro Público de Educación Permanente de Adultos de Fuencarral por su comprensión y colaboración. A las propias alumnas por su papel docente para todos los participantes, y a la Sección de Educación Sanitaria de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad por el abundante material suministrado.

### **RESUMEN**

El concepto de salud está fuertemente medicalizado en España, no sólo entre los profesionales, sino también en la población. No es fácil transformar la idea de salud relacionada con ausencia de enfermedad y con actividades médicas curativas en un concepto de salud como valor positivo del que todos los componentes sociales son responsables. Se presentan los resultados de una experiencia realizada en Madrid, en una escuela de adultos, cuyo objetivo global fue facilitar a las participantes la adquisición de un concepto de salud dentro de un modelo comunitario. La metodología, de comunicación bidireccional, trabajo en equipo y conexión entre teoría y práctica, permitió alcanzar el objetivo global, al menos teóricamente, a través de la consecución de los objetivos específicos (falsedad de salud como ausencia de enfermedad; la salud como algo no dependiente directamente de la actividad médica; ventajas e inconvenientes del modelo médico-biológico y del comunitario-ecológico; límites del aumento del nivel de salud a través de las actividades sanitarias tradicionales; y relación de la educación para la salud con las actividades y problemas diarios y con el resto de la enseñanza).

### **RESUME**

Le concept de santé est très médicalisé en Espagne, non seulement parmi les medecins, mais aussi dans la population. Il n'est pas facile de transformer l'idée de santé se rattachant à l'absence de maladie et avec des activités médicales curatives dans un concept de santé comme un valeur positive du quel tous les membres de la société sont responsables. On presente les resultats d'une experience eu à Madrid dans une école d'adults, l'objective global de laquelle fut de faciliter aux participants l'acquisition d'un concept de santé dans un modèle communautaire. La methodologie, de communication bidirectionele, travaux en équipe et connexion entre la theorie et la pratique, a permie d'obtenir l'objective global au moins theroriquement, à travers la con-

secution des objectives spécifiques: fausseté de santé comme absence de maladie, la santé comme quelque chose qui ne dépende pas de l'activité médicale, avantages et inconvenients du modèle médico-biologique et du communautaire-ecologique, limites de l'augmentation du niveau de santé a travers les activités sanitaires traditionnelles, et relation entre l'éducation pour la santé et les activités et problèmes journaliers et avec le reste de l'enseignement.

#### SUMMARY

The concept of health is strongly medicalized in Spain, not only among the professionals but also in the population. It is not easy to transfer the idea of health, related to the absence of disease and with the curative medical activities, into a concept of health as a positive value for which all the components of society are responsible. The results of a experience carried out in Madrid, in a school for adults are shown. Its global aim was to facilitate to the participants the attainment of a concept of health into a community model. The methodology, of bidirectional communication, team work and connection between theory and practice, allowed to reach the global aim, at least theoretically, through the achievement of the specific objectives: falsehood of health as absence of disease, health as something not directly dependant of medical activity, advantages and disadvantages of the medico-biologic model and of the communitarian-ecological one, limits to the increase of the level of health through the traditional health activities, and relationship of health education with the daily activities and problems and with the rest of teaching.

#### BIBLIOGRAFIA

1. MODOLO, M.A.: Reflexiones para una acción concreta de educación sanitaria. Universidad I. Menéndez Pelayo. Santander 1983.
2. Organización Mundial de la Salud: Nuevas políticas de educación para la salud. Informes de los grupos de discusión. Ginebra, 6/V/1983.
3. OMS/UNICEF: Atención primaria de salud. Conferencia de Alma-Ata (URSS). Ginebra 1978.
4. STANDARD, K., KAPLUN, A.: Educación Sanitaria: nuevas tareas y nuevos criterios. *Crónica de la OMS* 1983; 37: 79-83.
5. GREEN, L.W.: Nuevas políticas de educación sanitaria. *Salud Mundial*, Abril-Mayo 1983: 13-14.
6. MAHLER, H.: Salud para todos: la «cuenta atrás» ha comenzado. *Crónica de la OMS* 1983; 37: 84-90.
7. LEVIN, L.S.: Self-care in health. *A. Rev. Public. Health*, 1983; 4: 181-201.
8. TAYLOR, D.: La generación de Alma-Ata. *Salud Mundial*, Septiembre 1983: 2-5.
9. Organización Mundial de la Salud: La mujer como proveedora de atención de salud. *Crónica de la OMS* 1983; 37: 158-163.
10. MEJIA, A.; VARJU, L.: Las mujeres como proveedoras de salud. *Salud Mundial*, Septiembre 1983: 10-11.
11. VUORI, H.: Le modele medical et les objectifs de l'éducation pour le santé. Conférence Internationale d'éducation pour le santé. Londres. Septiembre 1979.
12. VILLARD, N.: No solamente la ausencia de enfermedad. *Crónica de la OMS* 1983; 37: 87-90.

13. Promoción de la salud y estilos de vida, perspectivas de la Oficina Regional para Europa. Programa de Educación Sanitaria. Tasmania, agosto 1982.
14. MENDEZ, E.; ABEL, F.; BACARDI, R.; GOL, J.; FONT, J.: El rol de la educación sanitaria en los servicios de atención a la salud. *Educacione Sanitaria e Medicina Preventiva* 1983; 6: 8-19.
15. COLVEZ, A.; BLANCHET, M.: Disability trends in the United States population 1966-76: analysis of reported causes. *Am. J. Public. Health* 1981; 71: 464-71.
16. COOPER, R.; COHEN, R.; AMIRY, A.: Is the period of rapidly declining adult mortality in the United States coming to an end? *Am. J. Public. Health* 1983; 73: 1.091-3.
17. WILKINS, R.; ADAMS, O.: Health expentancy in Canada. Late'1970s: demographic, regional and social dimensions. *Am. J. Public. Health* 1983; 73: 1.073-80.
18. VAQUERO PUERTA, J.L.: Salud Pública. Ed. Pirámide, Madrid 1982.
19. LEWIS, C.E.; LEWIS, M.A.: Improving the health of children: must the children be involved? *Am. Rev. Public. Health* 1983; 4: 259-283.
20. YANKAVER, A.: Public and private prevention. *Am. J. Public. Health* 1983; 73: 1.032-4.
21. LINDHEIN, K.: Enviroments, people and health. *Am. Rev. Public. Health* 1983; 4: 335-359.
22. PETO, R.: Factores cancerígenos conocidos. *Jano* 1983; 591: 26-27.
23. EPSTEIN, F.H.; HOLLAND, W.W.: Prevention of chronic diseases in the community. One disease versus multiple disease strategies. *Internat. J. Epidem.* 1983; 12: 135-7.
24. CALVO, P.: Un médico que no receta. *El País*, 9 de Septiembre 1983: 12.
25. EISER, J.R.: Behavioural medicine: What kind of medicine? What kind of behaviour?. *J. Royal Soc. Med.* 1983; 76: 629-32.
26. BELMONTE, C.: Universidad y salud, su divorcio progresivo. *El País* 17/X/83: 24.
27. PATEL, CH.: Primary prevention of coronary heart disease. *Brit. Med. J.* 1983; 287: 651-3.
28. COHEN, D.I.; LITTENBERG, B.; WETZEL, C.; NEUHAUSER, D.: Improving physician compliance with preventive medicine guidelines. *Med. Care* 1982; 20: 1.040-45.
29. AGRARON DE LA CRUZ, A.; BENITO DE LA IGLESIA, A.; CASARES CORTES, M. y COL.: El nivel de partida en salud escolar: un intento de evaluación desde un Centro de Promoción de la Salud. I Jornadas de Medicina Comunitaria. Madrid 1982.
30. MEADORS, A.C.: Preventive services: an educational or political issue? *Health Policy Educ. Health Serv. Deliv. Regul.* 1983; 3: 329-336.
31. BERG, A.O.; LOGERFO, J.P.: Potential impact of self-care algorithms on the number of physician visits. *N. Engl. J. Med.* 1979; 300: 535-7.
32. BARLETT, E.E.: The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect?. *Am. J. Public. Health* 1981, 71: 1.384-91.
33. KREUTER, M.W.; CHRISTENSON, G.M.: School health education: does it cause an effect?. *Health Educ. Q.* 1981; 8: 43-56.
34. ANTO, J.M.: La evaluación en la educación sanitaria. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Santander 1983.
35. CHAZOV, E.E.: Más vale prevenir. *Salud Mundial*, agosto 1983: 26-28.

36. WECHLER, H.; LEVINE, S.; IDELSON, R.K.; ROHMAN, M.; TAYLOR, J.O.: The physician's role in health promotion. A survey of primary-care practitioners. *N. Engl. J. Med.* 1983; 308: 97-100.
37. MAXWELL, R.: Health care: the growing dilemma, NY; McKingey and Co. 1974.
38. GRIMS, D.S.: The national health service: an alternative hypothesis. *Lancet* 1983 II; 1.073-74.
39. FIELDING; Lessons from health care regulation. *Ann. Rev. Public. Health* 1983; 4: 91-130.
40. BLAND, J.S.: The improvement of health by risk factor intervention: a tool of prevention medicine. *J. Holistic Med.* 1982; 4: 34-48.
41. Expanded Programme on Immunization Global Advisory Group. Expanded Programme on Immunization. *Bull WHO* 1983; 61: 611-15.
42. Real Colegio de Médicos de Londres. El tabaco y la salud hoy. Ed. Antibióticos. Madrid 1971.
43. PARDELL, H.; SALLERAS, L.; SALVADOR LLIVINA, T.: Manual de prevención y control del tabaquismo. Generalitat de Catalunya; Barcelona 1983.
44. MALHER, H.: Hospitales sin barrera. *El Médico* 1983; 78: 84-5.
45. CADY, B.: Cost of smoking. *N. Engl. J. Med.* 1983; 309: 929.
46. GLANZ, K.; FIEL, J.B.; WALKER, L.R.; LEVY, M.R.: Preventive health behaviour of physicians. *J. Med. Educ.* 1982; 57: 637-9.
47. Departament de Sanitat; Seguritat Social de la Generalitat de Catalunya. Grup de treball sobre drogodependencies. Enquesta sobre el consum de drogues a Catalunya. Barcelona 1982.
48. STALLONES, R.A.: Mortality and the multiple risk factor intervention trial. *Am. J. Epidemiol.* 1983; 117: 647-50.
49. Editorial. Atención primaria de salud: una primera evaluación. *Salud Mundial*, Septiembre 1983.
50. CUTTING, W.A.M.: Concentrarse en lo esencial. OMS, *Salud Mundial*. Abril-Mayo 1983; 18-19.
51. National Advisory Committee on Nutrition Education. Proposals for nutritional guidelines for health education in Britain. *Lancet II*, 1983; 902-5.
52. KÄFERSTEIN, F.: Alimentación sana. *Salud Mundial*, octubre 1983: 2-3.
53. FORD, A.B.; RUSHFORTH, N.B.: Urban violence in the United States. Implications for health and for Britain in the future: discussion paper. *J. Royal Soc. Med.* 76; 1983: 283: 8.
54. GONZALEZ GARCIA, A.; GONZALEZ BOTELLA, S.: Salud Sexual y Salud Mental. Ministerio de Sanidad. Madrid 1980.



## **Bases del plan de lucha antitabáquica de la Generalitat de Catalunya**

SALLERAS SANMARTI\*, L. Y GILI MINER\*, M.

### **Introducción**

El consumo de cigarrillos es, sin duda, la principal causa prevenible de pérdida de salud y de muerte prematura en los países desarrollados, España incluida (1).

Numerosos estudios epidemiológicos observacionales, efectuados en los últimos treinta y cinco años, han puesto de manifiesto la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el consumo de cigarrillos y un cierto número de enfermedades (2). La aplicación a estas observaciones de los criterios epidemiológicos de causalidad ha permitido establecer, en la mayoría de los casos, que se trata de una relación causal (2). Hoy en día, no hay duda de que el consumo de cigarrillos es un importante factor causal de cardiopatía isquémica, de otras enfermedades vasculares, de la bronquitis crónica y del enfisema, de los cánceres de pulmón, de laringe, de faringe, de cavidad bucal, de esófago, de páncreas y de la vejiga urinaria, así como de la úlcera de estómago y de otras afecciones (2, 3). Además, el consumo de tabaco durante el embarazo produce un retraso del crecimiento fetal e incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo y de muerte perinatal del producto (2, 3). Los fumadores de cigarrillos tienen, de promedio, un 70% más de probabilidades de morir por todas las causas que los no fumadores (2). El consumo de dos o más paquetes de cigarrillos al día disminuye en más de ocho años la esperanza de vida del fumador. El consumo de un paquete diario, la disminuye en más de seis años (2). El tabaco es

\* del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional

el responsable directo de aproximadamente el 10% del total de muertes que acontecen actualmente en España y Cataluña (4).

Dada la gravedad del problema del tabaquismo, la O.M.S. viene recomendando desde hace años a los Gobiernos que pongan en marcha planes de lucha antitabáquica para controlar esta grave epidemia de nuestro tiempo (1, 5, 6). La última recomendación fué efectuada en el año 1980, en el cual el Día Mundial de la Salud fué dedicado al tabaco con el lema: «Tabaco o Salud, escoja» (7).

Siguiendo las recomendaciones de la O.M.S., la mayor parte de los países occidentales desarrollados, han puesto en marcha planes de lucha antitabáquica en el transcurso de los últimos 15 años (8).

Al poco tiempo de iniciar sus actividades, en Noviembre de 1980, el Gobierno de la Generalitat estatutaria asumió estas recomendaciones de la O.M.S. y encargó al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, la planificación e implementación de un Plan de Lucha Antitabáquica en Cataluña.

Antes de iniciar la planificación y programación de este Plan, el Departamento nombró un Grupo de Expertos a los que encargó las siguientes misiones (9):

- 1) Analizar la magnitud y las características del problema del tabaquismo en Cataluña.
- 2) Cuantificar su coste sanitario y social.
- 3) Establecer las líneas directrices del Plan de Lucha Antitabáquica de Cataluña.

Una vez terminados los trabajos del Grupo de Expertos, el Departamento ha iniciado la Planificación del Plan, el cual será operativo en el mes de Febrero de 1983. En esta comunicación se presenta un resumen de los trabajos y recomendaciones de los expertos.

### **Prevalencia del hábito de fumar en Cataluña**

En la Tabla núm. 1 se presentan los resultados de una encuesta efectuada a una muestra representativa de la población general de 15 a 64 años, y de cuatro grupos de población específicos: médicos, maestros, adolescentes de 12 a 15 años y jóvenes de 16 a 24 años (4).

En esta Tabla se observa que la prevalencia del hábito es bastante más elevada en los médicos y los enseñantes que en la población general lo cual, en lo que concierne a los médicos, contrasta con lo observado en la mayoría de los países occidentales desarrollados (10). En estos países, los médicos están dejando de fumar, y la prevalencia del hábito entre ellos es sensiblemente más baja que en la población general. De todas formas hay que señalar que la mayor prevalencia en los médicos y maestros es debida a una ma-

TABLA NUM. 1  
PREVALENCIA DEL HABITO DE FUMAR EN CATALUÑA, 1982

	Porcentajes				
	VARONES	HEMBRAS	TOTAL		
	Fumadores actuales	Fumadoras actuales	Fumadores actuales	Ex-fumadores	No fumadores
Población general (15-65 años)	58,0	19,8	37,6	11,3	50,2
Médicos	55,1	43,6	52,8	24,7	21,4
Maestros	52,3	40,5	45,7	15,3	38,0
Preadolescentes (12-15 años)	78,0*	67,9*	75,0*	—	25,0
Jóvenes (16-24 años)	62,8	60,1	61,7	6,9	30,6

(\*) fumadores habituales y fumadores esporádicos.

FUENTE: Encuesta sobre el consumo de drogas en Cataluña. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1982.

### Coste sanitario y social del tabaquismo

En la Tabla núm. 2 se presenta la mortalidad atribuible al tabaquismo en Cataluña en 1977 (4).

TABLA NUM. 2  
MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO EN CATALUÑA, 1977

Enfermedad	Núm. absoluto de defunciones	% de defunc. atribuibles al tabaquismo	Núm. absoluto de defunciones atribuibles al tabaquismo
Cardiopatía isquémica coronaria	4.464	25%	1.116
Enfermedades de las arterias, arteriolas y vasos capilares	2.663	33%	879
Bronquitis, enfisema y asma	1.245	80%	996
Cáncer broncopulmonar	1.386	90%	1.247
Cáncer de laringe	226	50%	113
Cáncer de esófago	221	30%	66
Cáncer de cavidad bucal y faringe	155	70%	108
TOTAL	10.360	—	4.525
TODAS LAS CAUSAS	43.488	10,4%	4.525

FUENTE: Informe Técnico: El Tabaquismo a Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona 1982.

yor proporción de mujeres fumadoras en estos grupos específicos que en la población general. Así y todo, si tenemos en cuenta el rol ejemplar que los médicos y los maestros ejercen sobre la población en relación con el hábito de fumar, es difícil ser optimistas en cuanto a la eficacia a corto plazo de la lucha antitabáquica en Cataluña.

También es de destacar la elevada prevalencia del tabaquismo en los preadolescentes y jóvenes, lo cual, por lo demás, es lo común hoy en día en la mayoría de países desarrollados.

Aplicando a las cifras absolutas de mortalidad por las enfermedades asociadas al tabaco los porcentajes de la mortalidad atribuible al tabaquismo observados en los numerosos estudios epidemiológicos efectuados en todo el mundo, se obtiene un número absoluto de 4.525 muertes, lo que supone el 10,4% del total de muertes de este año.

En cuanto al coste social del tabaquismo en Cataluña, en la Tabla núm. 3 se presenta la estimación a que ha llegado el Grupo de Expertos en su análisis (10).

TABLA NUM. 3  
ESTIMACIÓN GLOBAL DEL COSTE SOCIAL DEL TABAQUISMO EN CATALUÑA, 1977

	Coste en millones de pesetas	Proporción
COSTES DE PRODUCCION DEL TABACO	3.907,6	20,5%
GASTOS SANITARIOS	5.097,7	26,7%
(consultas médicas)	(1.045,7)	
(gastos hospitalarios)	(2.400,0)	
(gastos de farmacia)	(1.652,0)	
PERDIDAS DE CAPACIDAD PRODUCTIVA		
TIVA	10.100	52,9%
(absentismo laboral)	(5.500)	
(mortalidad prematura)	(4.600)	
	19.105,3	100,0%

FUENTE: Grupo de Expertos en Tabaquismo. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya, 1982.

El coste social del tabaquismo en Cataluña se acerca, pues, a los 20.000 millones de pesetas, cifra ciertamente importante. Es de destacar que los costes por pérdidas de capacidad productiva son los más importantes, doblando casi los costes sanitarios.

### **Líneas directrices del plan de lucha antitabaquica de la Generalitat de Catalunya**

Una vez analizadas la magnitud y las características del hábito de fumar y su coste sanitario y social, el Grupo de Expertos ha formulado unas recomendaciones sobre las acciones que debe incluir el Plan (4). De acuerdo con estas recomendaciones, el Plan tendrá las siguientes líneas directrices:

1) La primera acción a emprender será la *información y sensibilización* sobre el problema del tabaquismo de todas aquellas *personas que tienen responsabilidades de gobierno o que, por su profesión, tendrían que actuar como educadores y/o como modelos o personajes ejemplares* (políticos, profesionales de los medios de comunicación, personal sanitario y docente a todos los niveles, artistas, deportistas, ministros del culto religioso, etc.)

Se llevará a cabo una campaña informativa dirigida a los parlamentarios, alcaldes, concejales de ayuntamientos, profesionales de los medios de comunicación, médicos y docentes de Cataluña. Todos ellos recibirán el «Manual de Prevención y Control del Tabaquismo» acompañado de un escrito del Honorable Senyor Conseller de Sanitat i Seguretat Social, informándoles de los peligros del consumo de tabaco para la salud, motivándoles a abandonar el hábito si son fumadores, y destacando su papel como modelos y/o como agentes de Educación Sanitaria en la escuela (maestros) y en la comunidad (médicos y comunicadores).

En el caso de los políticos, se insistirá en que su ejemplo y las decisiones que tomen en el ejercicio de las funciones que les han sido encomendadas por los votantes, pueden contribuir de forma importante al éxito o al fracaso de la lucha antitabaquica en Cataluña. A los docentes y a los médicos se les destacará que, sin su ejemplo abandonando el hábito o al menos dejando de fumar en las escuelas, hospitales y otros centros sanitarios, la educación sanitaria será ineficaz. También se les estimulará a adoptar un papel activo como agentes de educación sanitaria en la escuela y en la comunidad.

A los parlamentarios, profesores de las Facultades de Medicina, profesores de las Escuelas Normales y a los especialistas en medicina interna, toxicología, aparato respiratorio y aparato circulatorio, se les remitirá, además, el «Informe Técnico: El Tabaquismo en Cataluña», en el cual se analizan a fondo los conocimientos actuales sobre las consecuencias del tabaco sobre la salud y el coste sanitario y social del tabaquismo en Cataluña.

2) La segunda acción a emprender será la *formación del personal sanitario, de enseñanza y de los medios de comunicación en los principios y técnicas de la lucha antitabaquica*.

El Grupo de Expertos ha señalado que la lucha antitabaquica es fundamentalmente una acción comunitaria. En la escuela los enseñantes son el agente fundamental. En la comunidad, son los sanitarios quienes deben

educar y ayudar a los fumadores para que abandonen su hábito. En este sentido, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social promoverá la debida formación de este personal, especialmente el que trabaja a nivel primario, en los principios y técnicas de la lucha antitabáquica.

También se promoverá que se trate a fondo el tema durante la formación de pregraduados, en las Facultades de Medicina, en las Escuelas Normales y, si es posible, en todas las Facultades y Escuelas Universitarias.

También se realizarán cursos monográficos sobre el tabaco para médicos y enseñantes en ejercicio.

Por último, es de esperar que el «Manual de Prevención y Control del Tabaquismo» antes mencionado, contribuya igualmente a la formación de personal. En este Manual se describen, de forma clara y fácilmente comprensible, los efectos nocivos del tabaco para la salud, la estrategia general de la lucha antitabáquica en Cataluña y las técnicas educativas más eficaces.

3) La tercera acción será la *información y sensibilización de la población general* sobre el tema, mediante programas informativos a través de todos los medios de comunicación (TV, radio, cine, periódicos, revistas, etc.) y de carteles, folletos, etc.

4) Paralelamente a estas acciones informativas, se promulgarán *medidas legislativas*.

El Grupo de Expertos ha considerado que el Real Decreto 709/1982 de 5 de marzo, promulgado por el Gobierno del Estado Español, proporciona un marco normativo aceptable: Prohíbe totalmente la publicidad de fumar en los transportes públicos, servicios sanitarios y escolares, excepto en los lugares especialmente autorizados; obliga a la impresión de un mensaje de salud en los paquetes de cigarrillos; limita a 1,6 mg. y a 24 mg. el contenido máximo de nicotina y alquitrán respectivamente de los cigarrillos, y prohíbe la venta de cigarrillos a los menores de 16 años.

La Generalitat complementará estas medidas. En concreto, está previsto que la Generalitat ponga en marcha medidas legislativas dirigidas a los siguientes objetivos:

- a) Prohibición de toda clase de publicidad sobre el tabaco en lugares y espacios de propiedad pública (autonómica o municipal).
- b) Prohibición de fumar en los establecimientos públicos, locales comerciales y centros de trabajo, habilitándose en estos lugares, zonas específicas reservadas a los fumadores.
- c) Prohibición de fumar en todos los programas de la Cadena Catalana de Televisión (tercer canal).

5) El paso siguiente será la implementación de **medidas educativas dirigidas a niños y jóvenes** en las escuelas e institutos, y **a los adultos** a través de los medios de comunicación de masas, en los servicios de asistencia sanitaria y el medio laboral.

Las acciones de educación sanitaria en la escuela y otros centros de enseñanza, serán consideradas como prioritarias (es más fácil educar a los jóvenes para que no empiecen a fumar que conseguir el abandono del hábito en los adultos que llevan muchos años fumando).

### RESUMEN

Después de presentar los datos de la prevalencia del hábito de fumar, de la mortalidad atribuible al tabaquismo en Cataluña, los autores exponen las líneas directrices del Plan de Lucha Antitabáquica para Cataluña, el cual incluirá las siguientes acciones:

En primer lugar, la información y sensibilización sobre el problema del tabaquismo de todas aquellas personas que tienen responsabilidades de Gobierno o que, por su profesión, deberían actuar como educadores y/o como modelos o personajes ejemplares (políticos, comunicadores, médicos, maestros, etc.). En segundo lugar, se procederá a la formación del personal sanitario, de enseñanza y de los medios de Comunicación en los principios y técnicas de la lucha antitabáquica. En tercer lugar, se desarrollará el programa de información y sensibilización de la población general. Paralelamente a todas estas acciones informativas se promulgarán medidas legislativas de apoyo. El último paso será la implementación de medidas educativas dirigidas a niños y jóvenes en las escuelas e institutos y a los adultos a través de los medios de comunicación de masas, en los servicios de asistencia sanitaria y en el medio laboral.

### RESUMEN

Après avoir présenté les données de la prevalence, le social et la mortalité attribuable au tabagisme la Catalogne, les auteurs exposent les lignes du Plan de Lutte Antitabacique pour Catalogne le quel rangerá les actions suivantes:

Premierement, l'information et la sensibilisation sur le probleme du tabagisme de toutes celles personnes qui no out des responsabilitees de gouvernement ou qui par son metier deriont actuer comme des educateurs et/or comme modeles, or personages exemplaires (politiciens, communicateurs, medecins, professeurs, etc...). En second lieu on procedera á la formation du personnel sanitaire, d'enseignement et des moyens de communication dans les principes et théniques de la lutte antitaba-

quique. En troisième lieu, on développera le programme d'information et de sensibilisation de la population générale. Parallèlement à toutes ces actions informatives on promulguera mesures législatives d'appui.

La dernière étape sera l'implémentation des mesures éducatives dirigées aux enfants et aux jeunes dans les écoles et lycées et aux adultes parmi les moyens de communication, dans les services d'assistance sanitaire et dans le moyen du travail.

### SUMMARY

Having presented the figures relating to the prevalence of smoking, the mortality rate to be attributed to it and its social cost in Catalonia, the authors give the guidelines of the anti-smoking campaign for Catalonia, which will include the following actions:

Firstly, to inform and to increase the sensitivity to the smoking problem of all those who hold government posts or who by their profession should act as educators and/or as models (politicians, those employed in the press, radio and television, doctors, teachers, etc...).

Secondly, health, teaching, and media professionals will be trained in the principles and techniques of the anti-smoking campaigns.

In the third place, the programme informing and increasing the sensitivity of the general population will be carried out. At the same time as all these informative actions, supporting legislative measures will be published.

The last step will be to put into practice the educational measures aimed at children and young people in primary and secondary schools and at adults through the mass-media, in hospitals and health centers and in their place of work.

### BIBLIOGRAFIA

1. FLETCHER, C.M. y HORN, D.: "El hábito de fumar y la salud". Informe presentado a la 23ª Asamblea Mundial de la Salud. *Crónica OMS*, 24, 358-385, 1970.
2. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. "Smoking and Health, a report of the Surgeon General". DHEW Publication (PHS) 79-50066, 1979.
3. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service Office on Smoking and Health. "The Health Consequences of Smoking for women", a report of the Surgeon General, 1980.
4. DEPARTAMENT DE SANITAT I SEURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. "Informe. El Tabaquisme a Catalunya". Sèrie d'Informes Tècnics. Barcelona, 1983.

5. COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS SOBRE LUCHA ANTITABAQUICA. "Consecuencias del Tabaco para la Salud". Serie de informes Técnicos n° 568, OMS, Ginebra, 1979.
6. COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS SOBRE LUCHA ANTITABAQUICA. "Lucha contra el tabaquismo epidémico". Serie de Informes Técnicos n° 636, OMS, Ginebra, 1979.
7. MAHLER, H.: "Tabaco o Salud, elija". *Salud Mundial*. Febrero-Marzo, 1980.
8. MARKS, L.: "Policies and postures in smoking control". *British Medical Journal* Volume 284, 6 february 1982, pag. 391-395.
9. Ordre del 15 de gener del 1981 de creació del Grup de Treball sobre Drogodependències. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 109.
10. ROYAL COLLEGE OF PHISICIANS OF LONDON/ "Tobacco or Health". Pitman Medical, London, 1977.



## **La ceguera en una ciudad industrial: un análisis transversal**

Villalbi-Hereter, J.R., López-Viñas, L. \*

### **Introducción:**

La ceguera es un problema sanitario y social de primera magnitud. En España no se dispone de datos actualizados al respecto, aunque en 1975 la Organización Nacional de Ciegos (ONCE) tenía censados cerca de 30.000 ciegos (1). Podemos pues estimar que en España hay 80 ciegos por cada 100.000 habitantes, cifra comparable a la de otros países europeos (2). Las principales causas de pérdida acentuada de la visión o de ceguera varían de unas regiones o países a otros y están relacionadas con la situación socioeconómica, cultural y climática. En los países en vías de desarrollo son fundamentalmente causas infecciosas, parasitarias y nutricionales, mientras que en los países industriales adquieren mayor protagonismo las debidas a las cataratas seniles, el glaucoma, la miopía, o a complicaciones de enfermedades vasculares o diabetes. La OMS ha definido la prevención de la ceguera como un problema prioritario. Por otra parte ha definido también a la ceguera como la más costosa de todas las causas de invalidez grave (3).

Ante la falta de datos disponibles en España, este estudio pretende

\* Servei Municipal de Sanitat. Hospitalet de Llobregat

aportar un análisis de la realidad de la ceguera en nuestro medio. El presente estudio se realiza en l'Hospitalet de Llobregat, una ciudad industrial de cerca de 300.000 habitantes del área metropolitana de Barcelona.

### **Material y Métodos**

Se analizan los datos provenientes del registro de la ONCE y referidos a invidentes residentes en el municipio de Hospitalet en 1983. Las variables estudiadas son: sexo, lugar de nacimiento, año en que se produjo la ceguera, el origen congénito o no de la ceguera y las causas a que se atribuye la misma. La población de referencia para el cálculo de tasas brutas o estratificadas por edad y sexo es la del padrón municipal de Hospitalet de Llobregat.

### **Resultados**

Se obtienen datos relativos a 148 invidentes, de los que 85 (57%) son varones y 63 (43%) mujeres. Ningún caso era de edad inferior a 10 años. En la tabla I se presenta la prevalencia de la ceguera por edad y sexo. Se aprecia una mayor prevalencia entre los varones, especialmente en los grupos de edad comprendidos entre los 20 y los 60 años, en que la prevalencia entre los varones es ligeramente superior al doble de la prevalencia entre mujeres. Se observa también como la prevalencia de la ceguera aumenta con la edad, siendo los mayores incrementos los registrados entre los grupos más jóvenes, sobre todo varones, y los de edad más avanzada, en que el aumento es comparable entre ambos sexos. Mediante el dato del año en que se produce la ceguera se identifican los casos producidos entre 1977 y 1983, que relacionados con la población en mitad del período permiten efectuar una estimación de la incidencia anual en este período más reciente. En la tabla II se presentan las estimaciones, de las que se deriva una incidencia anual que referida a la población de l'Hospitalet resulta en unos tres nuevos invidentes cada 2 años.

El análisis por lugar de procedencia ha debido realizarse mediante grandes agrupaciones. Las tasas obtenidas, presentadas en la tabla III, sugieren una prevalencia muy baja en la población originaria de zonas catalanoparlantes en relación al resto de zonas estudiadas. Respecto a la causa de la ceguera, presentada en la tabla IV, y teniendo en cuenta que con una cierta frecuencia (45%) un mismo caso se atribuía a más de una causa (con frecuencia a dos, ocasionalmente a tres: se enumeraron 220 causas para 147 casos) las causas de ceguera más frecuentes fueron las patologías del globo ocular (35% de los casos) y las retinopatías (33% de los casos) siendo menos

TABLA I. Prevalencia estimada de la ceguera en l'Hospitalet, 1983 (tasas por 100.000 habitantes)

Grupos de edad	Varones			Mujeres			Total		
	casos	población	tasa	casos	población	tasa	casos	población	tasa
0-20	3	52.513	5,71	3	49.752	6,03	6	102.265	5,87
21-40	23	43.248	53,18	10	43.163	23,17	33	86.411	38,19
41-60	31	35.288	87,85	14	34.486	40,60	45	69.774	64,49
> -60	28	12.300	227,64	35	18.655	187,62	63	30.955	203,52
Total	85	143.349	59,30	62	146.056	42,45	147	289.405	50,79

TABLA II. Incidencia estimada de la ceguera en L'Hospitalet, 1977-83 (tasas por 100.000 habitantes)

	Varones	Mujeres	Total
Nuevos casos 1977-83	6	5	11
Personas-años	1.003.443	1.022.392	2.025.835
Tasa incidencia anual	0,60	0,49	0,54

TABLA III. Prevalencia estimada de la ceguera en L'Hospitalet según el lugar de origen, 1983. (tasas por 100.000 habitantes).

	Casos	Población	Tasa
Países Catalanes	4	150.816	2,65
Sur (Andalucía - Murcia)	70	88.442	79,15
Castilla, León y La Mancha	13	30.658	42,40
Resto de España y extranjero	15	19.489	76,97
No Consta	45	—	—
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>289.405</b>	<b>50,79</b>

frecuentes las cataratas (20%), la patología de los anejos (20%), los problemas de refracción y acomodación (15%), las causas externas (10%), infecciones (6%) y otras causas (11%). Se manifiestan diferencias por grupos de edad.

Los jóvenes invidentes lo son en mayor medida por patología del globo ocular o cataratas (8 y 6 casos respectivamente, de un total de 20 casos de edad inferior a 31 años). Entre los 31 y los 60 años, son las retinopatías las causas de ceguera citadas con mayor frecuencia (54%) y por encima de los 60 años lo es de nuevo la patología del globo ocular, seguida por la catarata.

Al analizar la prevalencia de las diversas causas de ceguera referidas a la población por grandes grupos de edad, lo más destacable es el relativo exceso de las retinopatías en el grupo de 31 a 60 años. Las demás causas aumentan con la edad o no presentan diferencias dignas de mención, salvo quizás la escasa prevalencia de las causas infecciosas de ceguera entre los grupos de edad más joven. En la tabla V se presentan estos datos.

El análisis de las cegueras de origen congénito se presenta en la tabla VI, referido al año de nacimiento. Se aprecia su mayor importancia a medida que disminuye la edad, aunque con un cierto estancamiento entre los años 1924 y 1963. En las personas de mayor edad, las causas congénitas de ceguera son mucho menos importantes. Sin embargo, si consideramos la prevalencia de cegueras de causa congénita referidas a la población por grupos de edad se advierte su menor importancia entre los grupos de edad más jóvenes (tabla VII). En el 46% de las retinopatías, el 43% de las cataratas y el 38% de la patología del globo ocular se invoca un origen congénito.

TABLA IV. Proporción de casos debidos a las distintas causas para cada grupo de edad (un mismo caso puede ser debido a más de una causa)

Grupos edad	Total casos	globo ocular	retinopatías	catarata	anejos	causas		refracción y	
						externas	infecciones	acomodación	otras
0-30	20 (100%)	8 (40%)	4 (20%)	6 (30%)	4 (20%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	—
31-60	64 (100%)	18 (28%)	35 (54%)	10 (15%)	14 (21%)	6 (9%)	3 (5%)	11 (17%)	9 (14%)
> 60	63 (100%)	26 (41%)	9 (14%)	14 (22%)	11 (17%)	7 (11%)	5 (7%)	10 (15%)	7 (11%)
Total	147 (100%)	52 (35%)	48 (33%)	30 (20%)	29 (20%)	14 (10%)	9 (6%)	22 (15%)	16 (11%)

TABLA V. Prevalencia de diversas causas de ceguera por grupos de edad. L'Hospitalet, 1983. (Tasas por 100.000 habitantes)

Grupos edad	globo ocular	retinopatías	catarata	anejos	causas		refracción y	
					externas	infecciones	acomodación	otras
0-30	5,5	2,8	4,1	2,8	0,7	0,7	0,7	—
31-60	15,9	30,9	8,8	12,4	5,3	2,6	9,7	—
> 60	84,0	29,1	45,2	35,5	22,6	16,1	32,3	—

TABLA VI. Cegueras de origen congénito según el año de nacimiento. L'Hospitalet, 1983.

Año nacimiento	Causa congénita	Causa no congénita	Total	Proporción congénitas
Antes 1914	11	28	39	28%
1914-23	4	16	20	20%
1924-33	10	10	20	50%
1934-43	12	9	21	57%
1944-53	9	8	17	53%
1954-63	6	4	10	60%
1964-83	5	1	6	83%
Total	57	76	133	43%

## Discusión

Estos resultados constituyen una primera aproximación a la realidad de la ceguera en las zonas urbanas de nuestro país. Si bien la obtención de datos se realiza de forma transversal y por medio de un registro como es la ONCE, creemos que son de utilidad y permiten futuras comparaciones.

Es interesante constatar que en las edades productivas la prevalencia de la ceguera es el doble entre los varones que entre las mujeres, lo que puede corresponder a las diferencias entre sexos en forma de vida y ocupación, que comportan un riesgo mayor para los varones. Esta situación se compensa en edades más avanzadas. Es entre los varones jóvenes y entre el conjunto de grupos de edad más avanzada donde parecen producirse los mayores incrementos en la ceguera. El análisis por lugar de nacimiento debe contemplarse con una cierta prevención: en efecto, la mayor parte de los nacidos en Cataluña en una ciudad con tanta inmigración como la nuestra son hijos de inmigrantes, personas jóvenes situadas en edades con una menor prevalencia de la ceguera. Las diferencias observadas pueden pues ser debidas a la edad y no a un riesgo distinto de ceguera en las distintas áreas de origen.

Las causas infecciosas de ceguera parecen estar disminuyendo. Las ceguerras más frecuentes son debidas a enfermedades no transmisibles del ojo (como el glaucoma, la ambliopía y las retinopatías degenerativas, de origen genético o no) y, a diferencia de las enfermedades transmisibles del ojo, se desarrollan y progresan a lo largo de períodos prolongados. La mayor esperanza de vida de la población española posibilita su mayor frecuencia. Sus causas son múltiples, y precisan de atención médica prolongada, con frecuencia en el hospital. Los conocimientos actuales acerca de diversas enfermedades crónicas no transmisibles del ojo indican que no disponemos de medios para prevenir su aparición. Por tanto los esfuerzos deben concentrarse en la prevención de su progreso y en limitar la invalidez que puedan causar, tarea costosa y difícil. Los programas de cribaje masivo para el diagnóstico precoz y la prevención secundaria de patologías como el glaucoma han sido objeto de crítica (2,4). Un dato esperanzador que aparece en este estudio es la progresiva disminución de la ceguera de origen congénito que se advierte en la tabla VII, acelerada en los últimos 20 años, y que puede ser debida al progresivo control de las causas prevenibles de ceguera congénita.

Es necesario someter estos datos a una cierta crítica metodológica. En efecto, su obtención responde a una recogida transversal de datos realizada en otoño de 1983. Pero dada la ausencia de datos comparativos se intentan

extraer inferencias, algunas de las cuales han de considerarse como sugerencias que abren líneas de trabajo que corresponderían a un análisis de cohorte aquí imposible, o que deberían confirmarse en futuros estudios. Podría existir una mortalidad diferencial entre diversos grupos, con lo que los datos actuales podrían no reflejar realmente la experiencia anterior de las cohortes de que forman parte los invidentes vivos en el momento del estudio.

Tabla VII. Prevalencia de la ceguera congénita por año de nacimiento. L'Hospitalet, 1983. (tasas por 100.000 habitantes)

Año nacimiento	Casos	Población	Tasa prevalencia
1964 - 83	5	102.265	4,89
1944 - 63	15	86.411	17,36
1924 - 43	22	69.774	31,53
Antes de 1924	15	30.955	48,46

Aunque no todos los invidentes pertenecen a la ONCE, ésta se convierte en una necesidad para la mayoría de los invidentes, que no disponen de otros recursos para hacer frente a su situación, salvo los de edad más avanzada que son ya pensionistas; puede pues existir un subregistro de invidentes de edades más avanzadas. Las estimaciones de población en base al padrón de 1981 como denominadores para el cálculo de tasas pueden haber comportado una subestimación en los grupos de edad más avanzada, por los diferenciales de registro estadístico por edad entre los años censales, que sobreestimaría las tasas en estos grupos. Por todo ello, creemos que quizás en los grupos de edad más avanzada nuestros datos han de contemplarse con un cierto distanciamiento.

Las causas de ceguera registradas son fuente de problemas derivados de la no homogeneidad de criterios diagnósticos y de las limitaciones inherentes a la clasificación internacional de enfermedades, que está construida con un criterio más anatómico que de patología para algunos procesos, aunque en la novena revisión, aquí utilizada, se han realizado progresos para las enfermedades oftalmológicas (5). Es difícil solventar estos problemas en un estudio con datos secundarios. Así se intenta al distinguir las cegueras

congénitas del resto, al margen de la causa de la ceguera. Creemos que la distinción entre causas infecciosas y patología de los anejos no está clara, por ejemplo, y que debe avanzarse en la definición de criterios nosológicos normalizados.

Este estudio plantea algunas conclusiones y algunos interrogantes. Parece clara una disminución de las causas infecciosas y congénitas de ceguera. Aparece un neto diferencial por sexos en las edades productivas de la vida. Asimismo, está claro que la mayor parte de las causas de la ceguera se relacionan con la mayor esperanza de vida, y pueden seguir aumentando en los próximos años. La batalla contra las retinopatías congénitas será, sin duda, más difícil y más costosa para el sistema sanitario.

Por otra parte, hay que constatar algunos aspectos sociales que se derivan de este estudio: así, hasta un 39% de los sujetos estudiados son analfabetos, mientras que un 24% no han terminado los estudios primarios. Tan sólo 20 de 147 invidentes (14%) conocen el sistema Braille. En la actualidad, el 25% son pensionistas o jubilados, y el 47% venden cupones de lotería. El resto son 38 amas de casa, dos estudiantes y una sola persona que trabaja como asalariada de la propia NCE. La situación de los invidentes en nuestro país, requiere un mayor desarrollo de los servicios sociales a ellos dirigidos, que además deben contemplar la situación de aquellas personas—en número creciente—que pierden la visión en edades avanzadas, con mayores dificultades para su rehabilitación.

## RESUMEN

Se analizan los datos del registro de invidentes de la ONCE correspondientes a la ciudad de Hospitalet (Barcelona) en 1983. La prevalencia de la ceguera es de 59,30 entre varones y 42,45 entre las mujeres, con un aumento importante con la edad.

La incidencia estimada en el período 1977-83 es de 0,54 por 100.000 habitantes. Las patologías del globo ocular y las retinopatías son las causas de ceguera más frecuentemente citadas. Parece apreciarse una disminución de las cegueras de causa infecciosa y congénita. Se discute los resultados.

## RÉSUMÉ

On analyse les données de registre d'aveugles de l'ONCE qui correspondent à la ville d'Hospitalet (Barcelona) pendant 1983. La prévalence de l'ophtalmie est de 59.30 entre les hommes et de 42.45 entre les femmes, avec un augmentation importante pour l'âge. L'incidence estimée pendant le période 1977-83 est de 0.54 pour 100.000 habitants. Les pathologies du globe oculaire et les retinopathies

sont les plus fréquents causes citées d'ophtalmie. Il semble s'apprécier une diminution des ophtalmies d'origine infectieuse et congénital. On discute les résultats.

#### SUMMARY

The data of the Register of Blinds of the National Blind Organization (ONCE) corresponding to the city of Hospitalet (Barcelona) in 1983 are analysed. The prevalence of blindness is 59,30 in males and 42,45 in females, with an important increase with age. The estimated incidence in the period 1977-83 is of 0,54 per 100.000 inhabitants. The pathology of the eye and the retinopathies are the most frequently mentioned causes of blindness. It seems to be a reduction of blindness of infectious and congenital origin. The results are discussed.

#### BIBLIOGRAFIA

1. MIRA-GUTIERREZ, J.: Oftalmología social; lucha contra la ceguera y la miopía. En: Piedrola-Gil G et al: Medicina preventiva y social, higiene y sanidad ambiental. Tomo II. Madrid: Amaro, 1982; pp 412-421.
2. NIZETIC, B.: Public health oftalmology. En: W Hobson (ed) Theory and practice of public health. Oxford University Press, 1979. 5ª ed; pp 427-454.
3. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de la ceguera. Informe técnico 518. Ginebra: OMS, 1973.
4. COCHRANE, AL.: A medical scientist's view of screening. *Publ Hlth* (Lond) 1967; 81:207.
5. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades. Publicación científica 353. Washington: OPS, 1978.

## COMUNICADOS DE PRENSA

### **EL SIDA. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. De punto en punto n° 25/1975.**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se identificó por primera vez en 1981. Desde esta fecha, todos los continentes han señalado casos y el SIDA aparece hoy como un problema sanitario mundial.

Después de su puesta en evidencia se han notificado cerca de 11.000 casos que responden a una estricta definición clínica de SIDA más de 9.000 de los cuales en E.U.A, 800 en Europa y varios centenares en Africa, sobre todo en los países en que se han efectuado encuestas. Se han señalado casos igualmente en Asia y en la región del Pacífico Occidental, en particular en Australia.

En E.U. y en Europa, una buena vigilancia ha demostrado que el número de casos se doblaba cada seis meses hasta 1983 y cada año ahora. La mortalidad acumulada en los casos recogidos es de 40 a 50 por ciento pero pasaría del 90% después de 2-3 años de observación de los enfermos clínicamente identificados.

El agente etiológico del SIDA es un retrovirus: "Virus asociado con linfadenopatía" o "Virus linfotrópico humano T tipo III". Actualmente, este virus se designa bajo el nombre de "LAV/HTLV III". Gracias a numerosas investigaciones, la morfología, la estructura de las proteínas y del genoma son bastante bien conocidas. Este virus tiene un tropismo específico para ciertos linfocitos que son responsables de una parte de las defensas del organismo y como otras en las células linfáticas. Es bastante sensible al calor así como a numerosos agentes químicos.

Este virus puede ponerse en evidencia en la sangre, el esperma o la saliva de los casos clínicos de SIDA o de los sujetos infectados pero sin manifestaciones clínicas. Después de una transfusión de sangre o de derivados

sanguíneos tales como el factor VIII antihemolítico contaminado, el intervalo antes de los primeros síntomas clínicos puede ser mucho más corto y como término medio de 12 meses para niños y de 29 meses para los adultos, sin embargo, un intervalo de hasta 57 meses se ha observado.

En Australia, en Canadá, en Europa y en Estados Unidos, la mayoría de los casos (más del 70%) se han identificado como homosexuales o en los que utilizan drogas inyectadas por vía intravenosa con jeringas no esterilizadas. La diseminación a los grupos heterosexuales ha aparecido igualmente en los receptores de sangre contaminada o de sus derivados (1 a 5% del total de los casos) o en compañeros sexuales de sujetos que pertenezcan a estos grupos en riesgo.

Por el contrario, en Africa, la transmisión del SIDA parece sobre todo heterosexual puesto que cerca del 50% de los casos se declaran en mujeres.

Ningún caso de contaminación se ha puesto en evidencia en Estados Unidos de América en el personal médico en contacto con los enfermos afectados por el SIDA o con las tomas efectuadas en estos.

### *Las infecciones oportunistas*

El déficit inmunitario de los pacientes afectados de SIDA y su incapacidad de dominar la infección les hace susceptibles a agentes infecciosos muy raramente patógenos en huéspedes normales.

Las infecciones calificadas de oportunistas más frecuentemente encontradas son las infecciones pulmonares por *Pneumocystis carini*, las infecciones del sistema nervioso central por *Criptococcus*, las infecciones intestinales por cryptosporidios o las infecciones por micobacterias atípicas y linfomas cerebrales o sarcomas de Kaposi.

El déficit inmunitario se caracteriza por una anergia a las pruebas cutáneas, una baja persistente de los linfocitos cooperantes (T4), una perturbación de la transformación linfoblástica bajo la influencia de mitógenos o de antígenos y una elevación de las inmunoglobulinas séricas.

Anticuerpos anti-LAV/HLTV III pueden ponerse en evidencia gracias a antígenos específicos, lo que permite hoy el diagnóstico serológico del SIDA con una buena especificidad y sensibilidad.

Grandes esperanzas se concentran en investigaciones que permitirán quizás disponer de un tratamiento etiológico. Se están realizando también investigaciones muy activas para obtener una vacuna eficaz.

Estudios prospectivos basados en encuestas epidemiológicas y serológicas permiten pensar que 80.000 individuos en Europa y entre 400 a 800.000 en los Estados Unidos han estado en contacto con el virus.

### *Lo que hace la OMS*

La Organización Mundial de la Salud ha tomado conciencia de la gravedad para la salud pública de esta afección recientemente identificada y desde 1983, en cooperación con los países interesados, ha organizado una reunión consultiva en Ginebra que ha examinado el conjunto del problema y ha propuesto recomendaciones tanto para la vigilancia como para las investigaciones.

Del 15 al 17 de abril de 1985, una conferencia internacional convocada bajo los auspicios del Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de los Estados Unidos y de la OMS se ha celebrado en Atlanta, Georgia (E.U.A). Esta conferencia a la que asistieron más de 3.000 participantes procedentes de 50 países fué seguida el 18 y el 19 de abril de una consulta de la OMS encargada de poner al día datos, de apreciar sus repercusiones a nivel internacional y de proponer a las autoridades sanitarias evaluar las verdaderas dimensiones del problema y reducir la incidencia del SIDA entre ciertos grupos en riesgo.

Lo esencial de estas conclusiones y recomendaciones (publicadas en el *Relevé épidemiologique hebdomadaire* de la OMS nº 17, 26 abril 1985, tienen por objetivos:

- establecer una red de centros colaboradores especializados.
- coordinar la vigilancia mundial del SIDA.
- tener informadas a las autoridades sanitarias, al cuerpo médico y al público de los componentes de este problema de salud y de las medidas de prevención.
- coordinar y desarrollar las investigaciones para estandarizar los reactivos y las técnicas de diagnóstico serológico.
- ayudar a poner a punto una vacuna eficaz y proseguir las investigaciones y los intentos de tratamiento.
- recomendar, cuando esto sea posible, la investigación de anticuerpos anti-LAV/HTLV III en los donantes de sangre, de esperma, de órganos y de todo otro material de origen humano.
- proponer a las autoridades sanitarias directivas precisas para la atención de los enfermos y para la manipulación de las tomas.

Los programas de la OMS (x) que se benefician de una ayuda del AG-FUND son: la lucha antipalúdica (3 millones de dólares), la lucha contra las enfermedades diarreicas (2,5 millones de dólares), la lucha contra la tuberculosis (1,45 millones de dólares) material de enseñanza para el personal de la salud (900.000 dólares) y la prevención de la ceguera (750.000 dólares).

(x) Han sido preparados cinco números especiales de la serie "De Point en Point" para los representantes de los medios de comunicación, que proporcionan datos sobre estos cinco programas.

## LAS MUJERES: LA SALUD Y EL DESARROLLO

(Información OMS n° 95 (mayo 1985))

Desde hace unos diez años se presta en el mundo entero una mayor atención a las necesidades de las mujeres como a sus papeles, bajo el impulso sobre todo del Decenio de las Naciones Unidas para la mujeres (1976-1985). De todos modos, en un informe presentado por el Director General de la OMS a la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, se hace observar que los progresos han sido en conjunto desiguales y que los resultados obtenidos son al menos limitados. El informe subraya la urgente necesidad de estrategias y de planes concretos. Muestra también que la toma de conciencia de la necesidad de continuar actuando resulta de una sensibilización progresiva al hecho de que la salud de las mujeres y su participación en los cuidados sanitarios constituyen elementos indispensables si se quiere alcanzar el objetivo de la salud para todos.

La situación de las mujeres es un importante indicador del grado de justicia social en una sociedad determinada. Puede medirse a nivel de ingresos, de empleo, de educación, de salud y de fecundidad de las mujeres, así como del papel que ellas juegan en el seno de la familia, en la comunidad y en la sociedad. Si la situación de la mujer no es buena, si es ignorante, si está mal alimentada, agotada por el trabajo y por embarazos demasiado numerosos y demasiado precoces, su salud se resentirá al mismo tiempo que la de su familia.

En los países del tercer mundo donde numerosas personas sufren consecuencias del subdesarrollo, son las mujeres y, por tanto, también sus hijos, quienes más duramente han sufrido por la pobreza, por el hambre, por la insalubridad de las condiciones de vida, por la enfermedad y por la falta de cuidados de salud. La mortalidad materna representa una gran parte de las defunciones que sobrevienen entre las mujeres en edad de procrear en el mundo en desarrollo. En los países en que el problema es más agudo, las tasas de mortalidad materna son hasta 200 veces más elevadas que las tasas más débiles en los países industrializados. Cerca de la mitad de los partos que tienen lugar en el mundo se desarrollan en ausencia de una persona calificada y más de 500.000 mujeres mueren al dar a luz cada año. Las principales causas de mortalidad materna son la hemorragia, siendo la anemia la causa inicial y la septicemia. La mayoría de estas defunciones son evitables si se dispone de la ayuda de una persona competente.

La falta de cuidados deja secuelas a las supervivientes. Innumerables mujeres sufren males incapacitantes tales como la incontinencia, el prolapso

uterino, las infecciones de las vías genitales y las fistulas vaginales que les complican la vida y que implican a menudo su aislamiento social completo.

Una fecundidad no controlada agrava los problemas: embarazos demasiados numerosos o demasiado frecuentes son peligrosos para la madre y el recién nacido, lo que no deja de tener consecuencias para otros miembros de la familia sobre todo para los niños muy pequeños. La edad a la que la mujer tiene los niños reviste igualmente gran importancia: un nacimiento que ocurre en una mujer que no ha alcanzado aún verdaderamente su madurez física y emocional puede comprometer su salud para siempre. La madre y el bebé corren mucho más peligro de morir en esta edad que cuando la madre tiene más de 20 años. Sin embargo, en numerosos países la mayor parte de las jóvenes se casan aún muy jóvenes y más de la mitad de los bebés nacen cuando su madre tiene menos de 19 años. En otros países se observa un aumento espectacular del número de embarazos de adolescentes desde algunos años.

La facultad de recurrir a la planificación familiar libera a las mujeres de otras molestias. Por otra parte, menos de la mitad de las mujeres que no desean más hijos practican la planificación familiar. La falta de acceso a los servicios de planificación familiar es una de sus razones pero hay otros obstáculos, ligados sobre todo a ciertas actitudes sociales. En numerosos países, el valor de una mujer depende del número de hijos que tenga. Depende además a menudo en su ancianidad del sostén económico y moral de sus hijos. La situación se agrava todavía por la preferencia por los hijos que caracteriza a muchas sociedades y que, en su forma extrema, puede traducirse por el abandono de las niñas al nacer; tiene más generalmente como resultado aumentar la fecundidad.

A pesar de las presiones sociales que les incitan a tener más niños, las mujeres arriesgan su vida para poner término a un embarazo no deseado recurriendo a un aborto ilegal. En algunos países de América Latina, el aborto ilegal es responsable del 50% de la mortalidad materna y pone en peligro para siempre la salud de otras numerosas mujeres.

El cáncer es otro problema de salud fundamental para las mujeres. El cáncer de cuello uterino es la forma más frecuente en el mundo en desarrollo, donde sobrevienen 500.000 nuevos casos por año. En América Latina, cada año una mujer de cada 1.000 en el grupo de edad de 30-55 años está afectada de un cáncer de cuello uterino. No obstante un simple despistaje permite diagnosticar y atender esta forma de cáncer en una etapa precoz en que la tasa de curación con un tratamiento mínimo, es de cerca del 100%.

### *Las mujeres, un recurso capital para la salud*

En la mayoría de los países, la mano de obra del sistema de salud organizado es esencialmente femenina, incluso aunque son generalmente las

mujeres las que ocupan los puestos menos prestigiosos y peor remunerados. Ocurre así que aunque la mayoría de los médicos son tradicionalmente hombres, hasta el 75% de los agentes de salud son mujeres.

Además de su contribución al sistema de salud establecido, las mujeres asumen responsabilidades especiales en este campo contribuyendo a la salud de sus familias y de la comunidad. Se espera de las mujeres que sean educadoras sanitarias, que familiaricen a las futuras generaciones con buenas prácticas higiénicas, que creen un ambiente doméstico favorable a la salud, sobre todo a base de agua potable y de alimentos nutritivos, que vean por que sus hijos sean vacunados y cuidados cuando están enfermos, que limiten el tamaño de sus familias a pesar de las presiones sociales que les incitan a hacer lo contrario y, en fin, que se ocupen de los ancianos. Se supone que las mujeres cumplen estos papeles a la vez, aunque ellas son las menos educadas y las menos informadas.

### *Las mujeres en el desarrollo de la salud*

Es evidente que el nivel de instrucción de una mujer es uno de los factores más importantes para la salud de sus hijos. Y, sin embargo, los dos tercios de las mujeres del mundo en desarrollo son analfabetas. En Africa sólo el 15% de las mujeres saben leer y sólo un cuarto de las niñas van a la escuela después de los 11 años de edad:

La contribución de las mujeres a la economía es groseramente subestimada y no aparece en las estadísticas sobre la mano de obra. En el plano mundial las mujeres aseguran al menos el 50% de la producción alimentaria, en algunos países y regiones esta cifra es incluso mucho más elevada. Aparte del cultivo y las cosechas, hay que mencionar el tratamiento y la preparación de los alimentos, tareas que pueden requerir dos veces más de tiempo y que son ejecutadas casi exclusivamente por mujeres. Asimismo, las mujeres consagran un tiempo considerable en ir a buscar el combustible y el agua (lo que representa a veces 10 km de marcha tres de cada cuatro días) además de las horas que pasan en los trabajos domésticos. Resulta de ello, según la OIT, una semana de 70 a 80 horas de trabajo para numerosas mujeres del tercer mundo.

La conmoción de las sociedades tradicionales agrava muy a menudo la situación de las mujeres. En la estela del desarrollo urbano, de la migración masculina, de los conflictos armados y de los abandonos, la proporción de mujeres que se encuentran solas con muy pocos recursos o competencias aumenta rápidamente en gran número de zonas rurales así como entre los

pobres de las ciudades, en el mundo desarrollado tanto como en los países en desarrollo. Es lo que surge de las estadísticas sobre los hogares dirigidos por una mujer, que en ciertos países parecen constituir la gran mayoría de las familias más pobres. Así, por ejemplo, un análisis efectuado en un gran país en desarrollo ha mostrado que el 40% de todos los hogares dirigidos por una mujer se sitúan en el grupo que tiene menores ingresos, la cifra que respondía a los hogares dirigidos por un hombre era del 21%. Además, los hombres jefes de familia ganaban a menudo menos del 50% de los ingresos totales del hogar y dependían de las mujeres y de los niños que ganaban algo de dinero trabajando en condiciones que les privaban de las ventajas sociales u otras que son atributo de un verdadero empleo.

### *De la palabra a los actos*

Numerosos países han adoptado legislaciones y políticas que tratan de mejorar la suerte de las mujeres asegurándoles iguales derechos, una protección social y una ayuda a la maternidad. Ocurre a menudo que las mujeres no están informadas de sus derechos y no tienen ningún medio de hacerlos respetar.

Hay sin embargo un foso entre la legislación y su puesta en marcha. Pocos recursos se han destinado a este fin y los mecanismos eficaces son raros. La actitud de la sociedad continua representando uno de los principales obstáculos al progreso. Se continua pensando en numerosos países que las mujeres deben soportar solas las dificultades que existen para conciliar la maternidad y el trabajo.

El Consejo Ejecutivo de la OMS ha recomendado en enero de este año la adopción de una resolución que pide a los Estados Miembros que presten mayor atención a las mujeres como beneficiarios y como prestatarios de servicios de salud así como que promuevan la salud de las mujeres y que se intensifique su participación, en particular a nivel de la toma de decisiones, al desarrollo sanitario económico.

### **Salud Pública y comercio de alcohol**

(Comunicado OMS/10, 15 de marzo de 1.985)

Numerosos Estados Miembros de la OMS se inquietan del alarmante aumento de los problemas ligados al alcohol y una buena parte de esta inquietud,

tiene especialmente relación con la situación en los países en desarrollo, donde el consumo de alcohol es cada día un fenómeno más extendido.

Para poder colaborar con los países confrontados con problemas ligados con el consumo de alcohol, la OMS debe estar dispuesta a suministrar opiniones sobre todos los aspectos pertinentes de las políticas relativas al alcohol, incluida la cuestión de la distribución. Dada la falta de informaciones fiables sobre la producción, el consumo y el comercio de bebidas alcohólicas, la OMS ha elaborado un estudio (x) con el fin de analizar las tendencias de la producción del consumo por clase de bebida y por región desde 1960, y establecer la relación existente entre estas bebidas y los problemas de salud pública.

Este estudio revela que la producción mundial de cerveza comercial se ha más que doblado entre 1960 y 1980. Los países productores de cerveza desde hace tiempo tanto en Europa como en América del Norte conservan su dominio en lo que se refiere a la producción y tienen siempre las tasas de consumo por habitante más elevadas. Sin embargo, un cierto número de países en desarrollo ha visto aumentar su consumo en el curso de estos últimos años, y si este crecimiento prosigue los niveles de consumo de aquí al final del siglo serán extremadamente elevados.

En revancha, la producción comercial de vino en conjunto, ha seguido el ritmo de crecimiento demográfico mundial. La producción queda concentrada en los países tradicionalmente vinícolas de Europa y de colonización europea, aunque se ha asistido a una disminución del consumo por habitante en Francia, en Italia y en Portugal.

La producción comercial de licores ha aumentado en dos tercios entre 1965 y 1980, mientras que el consumo por persona no ha progresado más que en un tercio. Sin embargo, la producción no comercial es probablemente muy importante y el registro de la producción comercial está lejos de ser satisfactorio. En varios países ha habido progresos muy rápidos en donde la producción era inicialmente muy modesta, por ejemplo en la República de Corea, la República Democrática de Alemania y Méjico.

El estudio trata igualmente de la producción total de bebidas alcohólicas reagrupando para el conjunto del mundo las cifras relativas al vino, la cerveza y los licores, según su tasa de alcohol. La producción total de alcohol ha crecido cerca de un 50 por ciento entre 1965 y 1980, mientras que la producción por persona ha aumentado en cerca del 15%. Hay un gran aumento en la producción por persona en América del Norte, en Japón, Australia y en Nueva Zelanda. En otros países, aunque el consumo por habitante es relativamente

(x) Public Health Implications of Alcohol Production and Trade, Publication Offset n° 88 (Versiones en árabe, español y francés en preparación) OMS 1.985.

débil el ritmo de progresión es muy rápido. Si se mantiene, llegará a tener niveles de consumo relativamente elevados de aquí a fin de siglo.

El hecho de que la producción de cerveza, vino y licores haya aumentado más rápidamente que la población en la mayor parte de las regiones del mundo incita a pensar que la carga de problemas suplementarios ligados al consumo de alcohol pesará cada vez más en los recursos de la salud pública del futuro.

Esta perspectiva es especialmente preocupante en los países en desarrollo donde asistimos a un gran aumento del consumo de alcohol. El estudio de la OMS intenta sugerir enfoques que permitan a los Estados Miembros utilizar los datos de producción y de consumo para mejorar la elaboración de las políticas y de los programas relativos al alcohol en el marco del proceso nacional de planificación sanitaria.

### **S.A.R. El príncipe Talal visita la Sede de la OMS**

(Comunicado OMS/11, 19 de marzo de 1.985)

S.A.R. el Príncipe Talal Bin Abdul Azir Al Saud, de Arabia Saudita, se reunió los días 18 y 19 de marzo de 1985 con el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS y otros varios funcionarios de la Organización para un programa completo de reuniones de información sobre el conjunto de las estrategias y las políticas que tratan de instaurar la Salud Para Todos en el Año 2000 y sobre los progresos realizados en materia de tecnología apropiada para la puesta en marcha de las estrategias nacionales de la salud.

El Príncipe Talal es el Presidente del Programa del Golfo Árabe para las Organizaciones de Desarrollo de las Naciones Unidas (AGFUND) y la fuerza motriz de este Programa, que ha contribuido con 16,3 millones de dólares para 18 proyectos de la OMS cuyos beneficiarios son las poblaciones numerosas de 67 países de Asia, África y América Latina.

El AGFUND fué creado en 1981 por Arabia Saudita, Barein, los Emiratos Arabes Unidos, Irak, Kuwait, Oman y Gatar, con contribuciones iniciales que ascendían a un total de 91 millones de dólares. El AGFUND hace de intermediario de las Naciones Unidas apoyando proyectos destinados a mejorar a las poblaciones de los países menos desarrollados del globo. Los embajadores de los países del AGFUND acreditados en la ONU y las instituciones especializadas en Ginebra acompañaron al Príncipe Talal en su visita a la Sede de la OMS.

"Los pueblos deben creer en el desarrollo para que este se produzca" declaró el Dr. Mahler en su discurso de bienvenida al Príncipe, "Pero, añadió: no puede haber desarrollo sin "liderazgo" y Vd. ha aportado este tipo de dirección política inteligente tal esencial para el éxito de la Salud para Todos".

En su respuesta, el Príncipe recordó que su deseo era el de apoyar proyectos humanitarios y de desarrollo y que aquí, gracias a los esfuerzos de la OMS, veía realizarse su deseo. habló de la creación de un "comité superior para la atención materno-infantil" que reuniría los recursos para ayudar a la salud de estos grupos importantes y explicó que esta polarización sobre la madre y el niño, lejos de excluir los otros campos, afectaría también a otros sectores del desarrollo, principalmente el agua, el saneamiento, la educación y la agricultura.

La visita del Príncipe a la sede de la OMS fué organizada en respuesta a una invitación formulada por el Director General y con el fin de reforzar la colaboración entre el AGFUND y la OMS.

### **Hacia una mejor utilización de personal sanitario. La OMS discute en Tachkent**

(Comunicado OMS/12, 9 abril 1985)

Hay una cruel carencia de algunas categorías de agentes sanitarios cualificados en la mayoría de los países del tercer mundo. Por otra parte, el impacto de un personal cualificado sobre el estado de salud de un país se debilita por la forma ineficaz e incoherente con la que el personal está repartido y utilizado. Es pues necesario mejorar considerablemente este aspecto de la estrategia del personal de salud. Los medios prácticos de hacerlo serán el objeto de la segunda Consulta Interregional sobre el refuerzo de la gestión del personal de salud, que se celebrará en Tachkent, capital de la República Socialista Soviética de Uzbekistán, del 22 al 26 de abril de 1985, bajo los auspicios de la OMS.

Se esperan participantes de 12 países: Bulgaria, España, Grecia, India, Indonesia, Mongolia, Filipinas, República de Corea, Tailandia, Sri Lanka, URSS y Zambia.

Esta consulta será seguida igualmente por representantes de las Oficinas Regionales de la OMS para Europa, Asia del Sudeste, de la Sede de la OMS, de la OIT, así como de los ministerios de salud de la URSS y del Uzbekistán.

La reunión de Tachkent es una prolongación de la Primera Consulta Internacional consagrada al mismo tema en Bangalore, India en 1983, se trata pues, de la primera reunión de la OMS que aborda los problemas de gestión del personal de salud en el plano internacional.

### *Personal Cualificado*

La valoración de los recursos humanos juega un papel esencial en el desarrollo global de toda sociedad, tanto si pertenece a los países desarrollados o al mundo en desarrollo. Esto es absolutamente cierto en el campo de la salud. La OMS considera el desarrollo del personal de salud como un elemento crucial de su estrategia de la salud para todos en el año 2000. Lo ve como un proceso en tres etapas interdependientes: planificación, educación, formación y gestión (destino y utilización).

En conjunto, las dos primeras etapas han sido realizadas en numerosos países, con más o menos éxito. La tercera, que se refiere a la gestión del personal, no ha sido descuidada, pero no se ha puesto en marcha, hasta ahora, de una forma adecuada, por las dificultades que presenta. Esto ocurre sobre todo en numerosos países en desarrollo, donde vive el 70% de la población mundial y donde la penuria grave de personal sanitario cualificado y la falta de recursos financieros hacen que la balanza se incline a favor de la formación y en una menor medida, de la planificación.

Una gestión efectiva y eficaz de los escasos agentes sanitarios cualificados en estos países es más una necesidad esencial que un lujo inútil. Tal gestión podría contribuir a aminorar el demasiado célebre "éxodo de cerebros" que impulsa a un gran número de profesionales sanitarios a dejar su país en busca de una vida mejor.

### *Gestión de Personal: todo es cuestión de motivación.*

Se puede definir la gestión de personal como la realización del individuo en y para su trabajo en el seno de una organización. Movilizar, motivar y animar plenamente al individuo permitiendo conseguir tres grandes objetivos interdependientes: los del individuo, los de la organización y sobre todo los de la sociedad. En todas las escalas la motivación es la llave del éxito de la gestión del personal sanitario.

Los participantes en la consulta de Tachkent examinarán atentamente todas estas cuestiones y formularán recomendaciones sobre la forma de poner

estos conceptos en práctica en los servicios nacionales de salud. El primer paso, y también el más importante en esta dirección será el de formar al personal nacional de salud, incluidos los gestores, en este campo.

"Una cooperación internacional amplia es la llave que permitirá resolver numerosos problemas, tanto cuantitativos como cualitativos, en el campo del desarrollo del personal de salud", estima el Dr. Tamas Fülöp, Director de la División del Desarrollo del personal sanitario en la OMS.

**Ningún tipo de empleo debe ser inasequible a la mujer. asegura un grupo de expertos de la OMS. Es suficiente adaptar las condiciones de trabajo**

Comunicado OMS/13, 10 abril 1985

Reunidos bajo los auspicios de la OMS, expertos en medicina del trabajo afirman que "no hay nada que pueda justificar la exclusión de las mujeres en cualquier tipo de empleo".

Llegados a esta conclusión, subrayan sin embargo la necesidad de adaptar las condiciones de trabajo a las mujeres, especialmente cuando se trata de trabajos manuales, tanto en la industria como en la agricultura.

Esta reunión, que terminó la semana pasada, fué la primera de la OMS sobre el tema de la salud de la mujer en el trabajo. Estuvo presidida por la Dra. Patricia Buffler, de la Universidad de Tejas.

Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres no deben constituir límites a las posibilidades de empleo, declararon los expertos. Como las mujeres representan una proporción creciente de la mano de obra, se trata sobre todo de revisar la concepción de las máquinas estudiadas en general para un "hombre medio" con el fin de tener en cuenta las características de las mujeres que serán llamadas a utilizarlas.

En cuanto a las industrias que necesitan de una cierta fuerza física, como por ejemplo la industria minera, deberían establecerse los criterios de talla y de fuerza corporal que puedan aplicarse a los dos sexos.

En una de sus principales recomendaciones, los expertos aclaran que la "capacidad física, el estado nutricional, el estado reproductivo, el psicológico y algunos factores antropométricos susceptibles de afectar a la capacidad de trabajo pueden llegar a ser elementos esenciales de la medicina del trabajo".

Recomiendan igualmente la adopción de medidas destinadas a proteger a las mujeres en edad de procrear, que constituyen la mayor parte de la mano

de obra femenina, contra los peligros de los productos químicos: gas, plomo, humos de soldadura, agentes esterilizantes y pesticidas, por ejemplo, así como contra otras amenazas para la salud ligada al lugar del trabajo.

Las sustancias químicas y los rayos ionizantes absorbidos por el organismo pueden tener un efecto mutágeno, es decir, dañar a los genes y a los cromosomas, no solo de las mujeres sino también de los hombres, señalaron, reclamando medidas de seguridad.

Este efecto mutágeno puede provocar la muerte del feto en una mujer encinta, o, si ha producido daños en el esperma o el óvulo, dar lugar a malformaciones congénitas o a la aparición de leucemia en el recién nacido. Solventes absorbidos de esta forma pueden aparecer en la leche materna y por lo tanto intoxicar al bebé.

### *Cifras reveladoras*

La proporción de mujeres que trabajan, pagadas o no, varía según los países desde menos de la décima parte a más de la mitad del conjunto de la población femenina en edad de trabajar.

En la mayoría de los países industrializados entre la tercera parte y la mitad de ellas son asalariadas, mientras que en el tercer mundo esta proporción está generalmente comprendida entre la décima parte y un tercio. La mayoría de las mujeres de los países industrializados que trabajan son pues asalariadas y ejercen una actividad fuera de su hogar mientras que las del mundo en desarrollo no son asalariadas sino que trabajan en su hogar y en las granjas familiares. Por lo que se refiere a las mujeres del tercer mundo, que son también las responsables principales de la educación de los niños, la OIT estima que una "semana de 70 a 80 horas de trabajo es una cosa corriente".

En la medida en que las mujeres ejercen más a menudo oficios que eran propios de los hombres en el pasado, es necesario saber más sobre los riesgos que pueden correr durante largas horas de trabajo así como las implicaciones psico-sociales. Con el fin de conocer mejor y proteger su salud es recomendable:

- iniciar estudios epidemiológicos sobre los riesgos que corren las mujeres que trabajan, así como aumentar los estudios sobre los efectos de los productos químicos en las mujeres embarazadas.
- permitir a las madres que trabajan lactar a sus hijos durante seis meses, al menos, asegurándole todas las facilidades necesarias en su lugar de trabajo.

- poner en marcha programas de información y de educación sanitaria para llamar la atención a las mujeres sobre los peligros que las amenazan en el trabajo.
- animar a las mujeres para que juegen un papel más importante en los sindicatos que el que tienen actualmente, lo que tendría como efecto "favorecer la causa de la protección y de la promoción de la salud de las mujeres en el trabajo".

### **El Cáncer provoca más muertes que hace veinte años en los países en desarrollo.**

**Cáncer de pulmón: 116% más en los hombres, 200% en las mujeres.**

(Comunicado OMS/14, 26 de abril de 1985)

La mortalidad debida al cáncer ha aumentado con regularidad entre 1960 y 1980 en 28 países industrializados, revela un primer análisis de tendencia efectuado por la OMS. Es el cáncer de pulmón el que ha provocado más víctimas.

Las estadísticas que aparecen hoy en el *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de la OMS (vol. 60, n° 17) muestran que la mortalidad total, en cifras absolutas, ha aumentado:

- en 320.000 unidades para los hombres, pasando de 578.000 a 898.000 fallecimientos en dos décadas, lo que representa un aumento de 55%.

- en 206.000 unidades para las mujeres, pasando de 514.000 a 720.000 o sea un aumento del 40%.

Estas cifras son valores totales y se refieren a 16 tipos de cáncer, pero el informe pone en evidencia "cuatro localizaciones cancerosas importantes".

Se trata no solamente del pulmón, sino también de la mama, del estómago y del cuello del útero.

El análisis de las cifras revela que la mortalidad ha aumentado en lo que se refiere al cáncer de pulmón y al de mama, pero ha disminuído en los casos de cáncer de cuello del útero y de estómago.

Estas dos últimas formas constituyen sin embargo excepciones en medio de la tendencia general al aumento. Las cifras detalladas son las siguientes:

- Por lo que se refiere al cáncer de pulmón, el número de fallecimientos

ha pasado de 118.000 a 255.000 en los hombres, lo que representa un aumento de 137.000 unidades, o del 116%. En las mujeres, el número ha pasado de 22.000 a 66.000, o sea un aumento de 44.000 unidades, o sea un 200%, lo que es aterrador. Como revela el informe: "La posibilidad de prevenir los cánceres ligados al consumo de tabaco no parece haber sido explotada con mucha eficacia".

— Tratándose del cáncer de mama, el número de fallecimientos ha aumentado en 44.000 unidades en el conjunto de países considerados, pasando de 74.000 a 118.000, o sea un aumento del 60%. Cerca del 30% de este crecimiento se refiere a mujeres entre 45 y 64 años, entre las que se registraron 13.000 fallecimientos más, puesto que el número pasó de 35.000 a 48.000. "El riesgo de cáncer de mama no ha disminuido en ningún país", señala el informe.

— En el caso del cáncer de cuello de útero, la mortalidad ha disminuido en 1.000 unidades, pasando de 23.000 a 22.000 fallecimientos, lo que representa un descenso de 5%. "El diagnóstico precoz, asegurado gracias a un exámen médico preventivo sistemático, ha contribuido mucho ciertamente al descenso de la mortalidad por cáncer de cuello de útero", observa el informe, que revela igualmente que "el riesgo de fallecimiento por este tipo de cáncer ha disminuido en la mitad de los países estudiados".

En lo que se refiere al cáncer de estómago, el más frecuente en el mundo, su mortalidad ha disminuido también. Ha pasado de 119.000 a 105.000 fallecimientos en los hombres, lo que representa un retroceso de 14.000 unidades que corresponden al 12%. También ha disminuido en las mujeres desde 84.000 a 72.000, o sea 12.000 fallecimientos de menos y una baja de 15%. Todos los países han tenido un descenso, incluso Japón, en donde el cáncer de estómago es la forma más frecuente de cáncer "Factores tales como las modificaciones de forma de vida, han sido los principales responsables del declive de la incidencia de los cánceres de estómago, indica el informe.

— La mortalidad ha aumentado para todos los otros tipos de cáncer: en 197.000 unidades en los hombres, pasando de 341.000 a 538.000 fallecimientos lo que representa un aumento del 58%, y en 131.000 unidades en las mujeres, pasando de 311.000 a 442.000 fallecimientos, o sea 42% más.

### *El envejecimiento de la población*

Este aumento global hay que atribuirlo en gran parte al hecho de que hay más personas de edad avanzada en el seno de la población en 1980 que

en 1960. Es, entre este grupo, en donde el riesgo de morir de cáncer es mayor.

Pero incluso teniendo en cuenta el envejecimiento, queda "un saldo positivo", para ciertos cánceres. El aumento total es de 40% para todas las formas de enfermedad en el hombre, llega a un 78% en el caso del cáncer de pulmón en el hombre y 80% en la mujer. En cuanto al cáncer de mama, el aumento es de 43%.

Los 28 países que han facilitado los datos son los siguientes: Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Noruega, Nueva Zelanda, Holanda, Polonia, Portugal, República Federal Alemana, Rumania, Inglaterra, Suecia, Suiza, Checoslovaquia y Yugoslavia.

Su población representa el 75% de la población total del mundo desarrollado.

Es probable que la tendencia observada en los países industrializados se encuentren pronto en el mundo en desarrollo. El *Relevé épidémiologique hebdomadaire* hace el comentario siguiente, sobre este tema: "De la misma forma que en los países desarrollados el cáncer aumenta también en el tercer mundo. De hecho, si se considera que la duración media de vida aumenta regularmente, el consumo de tabaco crece y que la lucha contra las enfermedades infecciosas marca nuevos progresos, se puede prever con una certeza razonable que la mayoría de los países en desarrollo sufrirán una epidemia de cáncer al año 2000".

Con el fin de llamar la atención sobre esta tendencia, la OMS ha lanzado el año pasado un programa de información y de educación para la salud sobre el tema "El cáncer es también un problema en el tercer mundo".

La OMS recuerda con este motivo que disponemos de los conocimientos necesarios para prevenir un tercio de todos los cánceres y para curar otro tercio si los casos son detectados suficientemente pronto, así como para conseguir que todos los cancerosos estén protegidos ante el dolor.

### **Estructura Radiológica de Base. Publicación de una guía OMS de "lectura" de las radiografías para uso del médico**

(Comunicado OMS/15, 30 de abril de 1985)

Un manual de interpretación radiográfica para médicos generales acaba de ser publicado por la OMS.

Se trata de la primera de una serie de tres guías prácticas que serán utilizadas conjuntamente con la Estructura Radiológica de Base de la OMS (OMS SRB). Está última es una contribución de la OMS que trata de paliar la falta total de servicios radiológicos en numerosas partes del mundo.

La OMS-SRB es una unidad de rayos x concebida especialmente para superar las dificultades técnicas más corrientes y va acompañada de un programa de formación de corta duración para uso de los operadores.

Concebida para los hospitales de primer nivel cuyo personal no comporta más de uno o dos médicos generales, la SRB puede igualmente ser utilizada en los grandes hospitales universitarios, porque permite efectuar por lo menos el 80% de todos los exámenes radiológicos necesarios.

#### *Diagnóstico sin radiologista cualificado*

Los médicos que utilizan los Rayos X para el diagnóstico se enfrentan a diario con los mismos problemas, generalmente traumatismos (heridas) e infecciones, cualquiera que sea la región del mundo donde ellos trabajen. El Manual OMS-SRB de interpretación radiográfica para los médicos de medicina general les permite interpretar correctamente los clichés cuando no pueden consultar a un radiólogo cualificado o sea la mayoría de las veces.

El manual de 216 páginas está ilustrado con más de 400 clichés radiográficos de excelente calidad. El médico no tiene más que abrir por la página correspondiente a la parte anatómica y el diagnóstico clínico que le interesan.

La radiografía del enfermo y el cliché correspondiente del manual se comparan y el texto que le acompaña recuerdan al médico lo que hay que buscar. Algunos de los aspectos corrientes de las radiografías normales también se mencionan.

#### *En todo el mundo*

La OMS recomienda este manual a los médicos y a los estudiantes de medicina en todas las regiones del mundo. Los problemas de diagnóstico son los mismos en todas partes, tanto en los grandes hospitales de Europa y América del Norte como en los pequeños hospitales de los países en desarrollo.

Unidades de OMS-SRB, puestas a punto por seis grandes fabricantes conforme a las especificaciones establecidas por el Comité Consultivo OMS-SRB

(del que forman parte los autores del manual) están ahora instalados en Albania, Arabia Saudita, Birmania, Colombia, Chipre, Dinamarca, Egipto, Indonesia, Islandia, Kenia, Marruecos, Nepal, Nicaragua, Paquistán, Filipinas, Suecia, Tailandia, Yemen y Zimbabue.

Después de haber controlado las tres máquinas OMS-SRB instaladas en las pequeñas ciudades de Amaga, Campamento y Caramanta en Colombia, un consultor de la OMS declaró: "Todos los médicos implicados están muy reconocidos por la posibilidad que se les ofrece para atender a sus pacientes sin tener que enviarles a otros centros".

#### *Usuarios satisfechos*

"Los médicos indican por otra parte que la reacción de la comunidad ha sido muy favorable. Esto es comprensible, cuando se sabe que el estado de las carreteras puede ser catastrófico en caso de mal tiempo, y que incluso con buen tiempo, son extremadamente incómodas, lo que hace que el recurrir a los hospitales vecinos sea un verdadero suplicio para el paciente".

Dos máquinas OMS-SRB se emplean regularmente en el hospital St. Lars afiliado al hospital universitario de Lund, en Suecia, en donde el jefe de radiología dice: "He visto en numerosos centros universitarios clichés de la misma calidad pero nunca he visto que fueran superiores en calidad a los que obtenemos con estas máquinas OMS-SRB".

Económica, segura y práctica, la unidad OMS-SRB puede instalarse en centros próximos a los hogares del 70% de la población mundial que hasta ahora no tenía acceso a un diagnóstico radiológico. Los operadores pueden en algunos meses ser formados para tomar 96 clichés diferentes que permitan satisfacer el 95% de las necesidades radiológicas a escala de atención primaria de salud".

El operador desarrolla los films a mano, utilizando para ello técnicas y sustancias químicas que dan buenos resultados incluso en las condiciones de los países tropicales.

El segundo y tercer manual de la serie OMS-SRB que trata del funcionamiento de los aparatos y de las técnicas de cámara oscura, serán publicados en este año.

Para más información sobre la estructura radiológica de base de la OMS, se ruega se dirijan a:

Unidad de medicina radiológica OMS 1211 Ginebra (27) (SUIZA)

**Peligros para la salud de los vapores y los gases en la soldadura.  
Una conferencia esta prevista en Copenhague.**

(Comunicado de Prensa EURO/18/84. Copenhague, 10 de enero de 1985)

Los conocimientos actuales que se refieren a los efectos crónicos y diferidos, para los seres humanos, por la exposición al polvo y los gases engendrados por las operaciones de soldadura, serán examinadas en el curso de una conferencia internacional que debe reunirse en la Oficina Regional para Europa, en Copenhague, del 18 al 21 de febrero de 1985.

La medida y la previsión de estos efectos, entre los que pueden figurar el cáncer y las afecciones de las vías respiratorias, son los principales objetivos de un estudio de la OMS sobre la soldadura del acero inoxidable y la salud de los trabajadores. Se estima en 200.000 el número de los individuos que están implicados en este tipo de trabajo. (El número total de los soldados se estima, en Europa, en dos millones y, en el mundo, en cinco millones).

En más de la mitad de los numerosos estudios consagrados a los trabajadores de la industria de la soldadura, se ha constatado un ligero aumento de la incidencia del cáncer, pero se ignora en qué medida ciertas técnicas y ciertos procedimientos contribuyen a este aumento del riesgo. Por otra parte, la soldadura forma parte de los oficios "polvorientos" que pueden provocar otros tipos de patologías en el hombre.

La conferencia estará bajo el patrocinio conjunto de la Comisión de las Comunidades Europeas, del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, del Instituto Danés de la Soldadura y de la Oficina Regional de la OMS para Europa.

Entre las principales cuestiones estudiadas figurarán: a) La industria de la soldadura, su historia, su evolución, técnica y su desarrollo futuro, así como las características de las partículas que se desprenden en las operaciones de soldadura, b) la salud de los trabajadores y la vigilancia de las emanaciones en el cuerpo humano, c) los efectos biológicos de las emanaciones de los gases de la soldadura y de sus elementos constituyentes, d) los efectos sobre la salud de los seres humanos y e) la vigilancia de la salud, la evaluación del riesgo y las medidas de prevención.

Estos documentos redactados por expertos de distintos países —República Federal Alemana, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Italia, Holanda, Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suecia y Checoslovaquia fueron presentados en la conferencia.

**Futuras Reuniones para Abril - Mayo**

(Comunicado de prensa EURO/04/85 – Copenhague, 21 marzo 1985)

El programa de la Oficina Regional para Europa de la OMS incluye las reuniones que se relacionan a continuación. Más información sobre estas reuniones y otras actividades puede obtenerse de la Oficina de Información de la Oficina Regional para Europa de la OMS, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague, Dinamarca, teléfono: (01) 290111 ext. 336/344, o (01) 183797. Télex: 15348 UNISANTE COPENHAGUEN.

Tercer Taller Europeo sobre Resonancia Magnética Nuclear en Medicina. Copenhague, Dinamarca, 24-27 de abril.

Orientaciones para la Investigación Clínica de Drogas usadas en el Tratamiento de la Función Cerebral. Groningen, Holanda, 28 de abril.

Grupo de Trabajo sobre Prevención y Reducción de los Problemas de Salud Mental en el Anciano. Groningen, Holanda, 29 de abril-3 de mayo.

Reunión Conjunta OMS / EHPF (European Health Policy Forum) sobre el Papel Cambiante de la Industria Médica, Bruselas, Bélgica 2-3 de mayo.

Consulta sobre Desarrollo de la Farmacología Clínica en Europa, Milán, Italia, 12-14 mayo.

Reunión Internacional sobre Drogas: Primera Reunión de Editores y Editores de Boletines de Drogas, Madrid, España, 20-22 de mayo.

Reunión sobre Metodologías en Evaluación de la Tecnología, organizado conjuntamente por los Consejos Europeos de Investigación Médica, Institutos Nacionales de Sanidad, USA y OMS / EURO, OMS Copenhague, Dinamarca, 22-24 de mayo.

Grupo de estudio sobre Promoción de la Salud. OMS. Copenhague. Dinamarca. 28-31 de mayo.

**Publicaciones Recientes**

Las publicaciones de la Oficina Regional para Europa de la OMS pueden obtenerse del Servicio de Distribución y Venta, Sede de la OMS, 1211 GINEBRA 27, Suiza, o de los agentes de venta de la OMS a través del mundo.

Los problemas médico-sociales ligados al consumo de alcohol y su prevención. Publicación regional de la OMS, la Salud Pública en Europa n° 17, 90 pp. Precio: 10 francos suizos. También disponible en inglés.

Este informe estudia los problemas físicos y sociales ligados al alcohol, describe la evolución de la posición adoptada respecto a causas y efectos del abuso del alcohol después del siglo XIX y sugiere cuales serían los mejores medios de lucha contra el consumo del alcohol y los problemas que supone.

Protección de la Salud del Anciano: Revisión de Actividades de la OMS por M. Skeet. Publicación Regional de la OMS, Salud Pública en Europa, nº 18, 125 pp. Precio: 11 francos suizos. También disponible en francés.

Contenido: El proceso del envejecimiento, establecimiento de prioridades en la investigación, planificación y provisión de servicios, educación y formación.

Tendencias demográficas en la Región Europea. Publicación Regional de la OMS. Serie europea nº 17, 168 pp. Precio: 22 francos suizos:

La Parte I es una visión general de las tendencias demográficas que surgieron de 14 informes de países especialmente preparados. La Parte II es un análisis de las tendencias en formación familiar, fertilidad y mortalidad. La Parte III considera como estos cambios afectarán a tres amplios grupos de edad: el joven el de edad media y el viejo.

Enfermedades infecciosas en Europa: nueva visión. Publicación Regional de la OMS, 330 pp. Precio: 35 francos suizos.

Este libro es una revisión fascinante de las enfermedades infecciosas en Europa hoy, estudiando enfermedades comunes en Europa tales como hepatitis, gripe, enfermedades de transmisión sexual, meningitis y las más importantes enfermedades de la infancia, junto con algunas enfermedades "nuevas", poco frecuentes y no usuales. Es necesario para los administradores sanitarios, médicos y a todos los responsables del reconocimiento, notificación y control de las enfermedades infecciosas.

Síndrome del aceite tóxico: envenenamiento masivo en España. Informe sobre una reunión de la OMS en Madrid, 21-25 marzo de 1983, 92 pp. Precio 12 francos suizos.

La enfermedad que se ha llegado a conocer como el síndrome del aceite tóxico golpeó rápida y bruscamente a España en mayo de

1981. Este libro da alguna idea de cómo se produjo la catástrofe, en qué consistía exactamente la enfermedad y qué se está haciendo y se ha hecho para descubrir su causa precisa.

### **Documentos Recientes**

Copias de otros informes y estudios enumerados pueden obtenerse gratis escribiendo a la Oficina Regional para Europa de la OMS, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen, Dinamarca.

#### *Drogas en embarazo y parto*

Información del XIII Simposio Europeo sobre Evaluación Clínica Farmacológica en el Control de las Drogas, mantenido en Schlangenbad, 30 de octubre-2 de noviembre de 1984.

La prescripción de Drogas Psicoactivas para Niños.

Informe y recomendaciones de un Simposio mantenido en Hamburgo, 17-18 de diciembre de 1984.

### **"Cubrir las lagunas del conocimiento"**

#### **Reunión del Comité Consultivo europeo de la Investigación médica (CCERM). Copenhagen 13-15 marzo 1985**

(Comunicado de prensa EURO/05/85. Copenhagen, abril 1985)

La XI sesión del CCERM se celebró en la Oficina regional de la OMS para Europa en Copenhagen del 13 al 15 de marzo de 1985.

Creado en 1976, el CCERM es un grupo de expertos, encargados de aconsejar al director regional en materia de investigación. El papel del comité adquirió envergadura desde que la Oficina Regional de la OMS se ha ocupado de concentrar sus esfuerzos en los 38 objetivos regionales adoptados en 1984 por los 32 Estados Miembros para la instauración de la Salud para Todos y esto gracias a la aplicación de la estrategia "Salud 2000". Los principales objetivos del comité pueden describirse como sigue:

1. Revisar los programas científicos de la OMS en curso en la región europea,
2. Aplicar y, si ha lugar, elaborar métodos científicos para determinar las prioridades de la investigación, en el contexto de la estrategia regional de la Salud para todos,
3. Participar en la elaboración de los programas regionales de la OMS teniendo en cuenta sobre todo las lagunas del conocimiento que solo la investigación científica puede rellenar,
4. Hacer función de catalizador para promover las estrategias de salud para todos.

El comité, durante la sesión citada, que fué presidida por el Prof. Theodor Fliechner, rector de la Universidad de Ulm, ha debido afrontar un reto particularmente exigente, el de elaborar un plan de acción para la investigación con vistas a la realización de los 38 objetivos.

Este plan de acción está destinado a ayudar a los estados de la región a rellenar las lagunas de sus conocimientos en los sectores ligados a los 38 objetivos. Recurre a métodos modernos, utilizados con éxito en el campo de la salud en los Estados Unidos de América a título del plan nacional de lucha contra el cáncer. Se intenta determinar las investigaciones necesarias, en base a un análisis profundo y sistemático de cada uno de los objetivos regionales. El resultado previsto es una especie de "matriz de análisis" para determinar las lagunas y los campos en que éstos existen.

La elaboración de un plan así exigirá al menos un año. Todas las organizaciones gubernamentales o no gubernamentales que, en la región europea, están encargadas de favorecer la investigación, serán informadas de este plan. Los investigadores y los científicos europeos tendrán tantas más posibilidades de determinar como pueden imbricarse en él sus propias investigaciones y proponer proyectos de investigación que respondan a sus competencias, a sus recursos y a sus conocimientos.

Todos los sectores de la salud podían utilizar este plan, que servirá de guía para emprender y promover actividades de investigación permitiendo y deberá favorecer la elaboración de programas de investigación entre países. En efecto, las situaciones difieren según los países:

Esta sesión del CCERM se ha consagrado además a un cierto número de programas científicos emprendidos por la Oficina Regional de Europa. Las actividades relativas a la salud de los trabajadores, a las sustancias farmacéuticas y a las drogas y al análisis prospectivo de las tecnologías sanitarias han sido objeto de una evaluación y el comité ha decidido apoyarlas plenamente.

En fin, el comité ha hecho un voto de reconocimiento unánime al Dr. B. Nizetic, funcionario regional para la promoción y el desarrollo de la investigación, quien, durante muchos años, ha proporcionado su ayuda al comité. El Dr. Nizetic habrá organizado esta última reunión del CCERM antes de jubilarse a fin de mes.

### **Epidemiología y prevención de las caídas en el anciano**

(Comunicado de Prensa EURO/06/85. Copenhague, 29 abril 1985)

Veinte consejeros temporales han participado en Versalles en un grupo de estudio sobre la epidemiología de las caídas en las personas de edad, que se reunió bajo el patrocinio de la OMS y del Centro internacional de gerontología social (CIGS). Esta reunión respondía al compromiso adquirido por el grupo de estudio sobre los aspectos médico sociales de los accidentes en las personas de edad reunido en Burdeos en junio de 1982. Respondía igualmente a la recomendación XVI del Plan internacional de acción sobre el envejecimiento, que subraya el coste humano y financiero de los accidentes de que son víctimas los ancianos.

Las caídas en los ancianos representan un motivo frecuente de consultas médicas y hospitalizaciones. Cubren "todo acontecimiento que hace caer a tierra al sujeto contra su voluntad". El fenómeno es tanto más importante cuanto más aumenta el envejecimiento de las poblaciones en el mundo occidental. Contribuye a la marginación de las personas de edad que son sus víctimas (es un incidente en los adultos pero una enfermedad en los viejos). Tiene consecuencias graves para la salud y la situación de estas personas y ocasiona costes importantes para las instituciones asistenciales y de readaptación.

Así en Francia, las caídas han provocado, según el Instituto nacional de la Salud y de la Investigación médica (INSERM), 13.621 defunciones en 1977 o sea una cifra más elevada que la de víctimas de la circulación: 11.565. Más del 90% de estas caídas afectan a personas de más de 65 años.

En la República federal alemana, en 1978, 24 muertes por 100.000 habitantes entre 65 y 74 años eran imputables a "caídas accidentales", 203,3 por 100.000 en los de más de 75 años, cifras que fueron respectivamente de 33 y 266 por 100.000 en Italia en 1975, 22,6 y 197,5 en 1978 en Dinamarca, 10,4 y 42,4 en 1978 en Japón, 22 y 203,6 en 1978 en Israel, 13,7 y 87 en 1977 en Estados Unidos (en "Anuario de estadísticas sanitarias mundiales de la OMS en 1980"). En todos los países, son las mujeres sobre todo las víctimas.

Este número de caídas en la persona de edad aumenta regularmente de año en año en razón, no solo del mayor envejecimiento de las poblaciones

sino también de las enfermedades crónicas invalidantes y de la patología iatrógena (influencia de los medicamentos y tratamientos tras la caída) que afectan a esta población en particular. La evolución de la célula familiar que favorece la soledad y el desamparo moral juega igualmente un papel en el caso de caídas que tienen entonces el significado de un comportamiento de llamada, huida ante la ansiedad, signo de una aceptación pasiva de la disminución de sus capacidades funcionales y pérdida de la motivación para vivir.

Sin embargo, este problema de salud pública es desconocido porque los métodos de recogida de datos se centran sobre un riesgo realizado y censado.

Se apoyan en las observaciones hechas en medio institucional, despreciando las caídas que ocurren en el domicilio que no dan ocasión a acudir al médico o a hospitalización.

Las propuestas de acciones se han dirigido sobre todo a la necesidad de formar y de informar a los médicos generales, a los trabajadores sociales, a los profesionales del hábitat y del urbanismo y a las familias, sobre la prevención de las propias caídas para la información de las estructuras asociativas susceptibles de promover en los ancianos las relaciones sociales y el movimiento, sobre la investigación de datos epidemiológicos en medio ordinario, sobre los estudios de farmacodinamia y de cronobiología del individuo que envejece, sobre la evaluación de los costes económicos y humanos de la caída, sobre la exploración de las posibilidades de mejora del ambiente arquitectónico y urbano.

### **EL VIDEOTEX, instrumento revolucionario de gestión para la Seguridad Social.**

**La AISS organiza un simposio internacional sobre la  
utilización de este nuevo medio de comunicación por  
sus instituciones miembros y sus asegurados**  
(Berlín (Occidental), 24-26 de abril de 1985)

(Comunicado de prensa ISSA/INF/85/1, 22 de abril de 1985)

El videotex, útil será recordarlo, es un sistema electrónico de transmisión de informaciones que permite a un "consumidor de datos" dialogar con un "suministrador de datos" y que teóricamente ofrece la posibilidad a toda persona de tener acceso a todas las informaciones que desee obtener y que

se hallan almacenadas en un banco de datos, durante las 24 horas del día, cualquiera que sea el lugar donde se halle, a condición de que esté autorizado y de que disponga de los medios de transmisión adecuados, a saber un aparato telefónico y un terminal (ordenador personal o televisor individual convenientemente equipado). Las informaciones que se pueden obtener abarcan los aspectos más diversos y son constantemente actualizadas: horarios de trenes, catálogos de grandes almacenes, fondos de bibliotecas, cambio de divisas y cursos bursátiles, situación de existencias de mercancías e, igualmente, desde hace algún tiempo, derechos de los asegurados de la seguridad social. ¿Cómo puede incorporarse este nuevo instrumento de gestión a las estructuras existentes de las instituciones de seguridad social para dar la respuesta más adecuada a sus necesidades internas y a las necesidades de los asegurados? Para intentar contestar a esta pregunta y examinar sus múltiples y complejos aspectos, más de 200 expertos procedentes de unos quince países se reunirán en Berlín (Occidental) del 24 al 26 de abril de 1985, en un simposio internacional organizado por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en colaboración con sus instituciones miembros de la República Federal de Alemania.

Esta reunión de carácter técnico agrupará más especialmente a responsables de la gestión, responsables de las relaciones con la prensa y el público, así como de la informática de las instituciones europeas de seguridad social miembros de la AISS. Estará basada en demostraciones prácticas seguidas de debates.

**En el Año Internacional de la Juventud. LA AISS ACENTUA LA ACCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN FAVOR DE LOS INCAPACITADOS: JOVENES**

**y organiza, acerca de ese tema, una reunión de expertos en Lisboa, del 8 al 10 de mayo de 1985**

(Comunicado de prensa ISSA/INF/85/2, 2 de mayo de 1985)

1985 es el Año Internacional de la Juventud, cuyos tres temas principales son la participación, el desarrollo y la paz. Por decisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas, este Año Internacional estará especialmente dedicado a la juventud más desheredada: los jóvenes refugiados, los jóvenes delincuentes, los jóvenes drogadictos, los jóvenes migrantes y los jóvenes incapacitados. Con el fin de contribuir a este amplio plan de acción internacional, la AISS ha convocado este año, del 8 al 10 de mayo, en Sesim-

bra, cerca de Lisboa (Portugal), por invitación de la Secretaría Nacional de Portugal para la Readaptación, a unos cincuenta expertos que examinarán los diferentes medios por los cuales los programas de protección social pueden favorecer y reforzar la autonomía personal y la integración social de los jóvenes incapacitados.

Los expertos presentarán los resultados de los trabajos de investigación más recientes realizados en sus países respectivos sobre la situación de los jóvenes incapacitados y, más precisamente, los comprendidos entre 15 y 24 años. Examinarán igualmente los problemas a que están confrontados tanto los jóvenes incapacitados desde su infancia como los que han contraído su incapacidad durante la adolescencia. Los expertos enfocarán su atención hacia cuatro temas:

#### *La ayuda a las familias de los jóvenes incapacitados*

Los regímenes de seguridad social conceden a menudo cierto número de prestaciones y de servicios que permiten a los jóvenes incapacitados continuar viviendo con sus familias en su propia comunidad. Se trata, en general, de una ayuda financiera que reviste por ejemplo la forma de una ampliación del programa normal de asignaciones familiares después de la edad límite, o de una asignación especial destinada a ayudar a la familia para que pueda hacer frente a los gastos suplementarios causados por la presencia de un joven incapacitado. Estas medidas son útiles no solamente cuando los incapacitados son menores, sino también durante toda su adolescencia, tanto más que la transición hacia la edad adulta suele ser, tratándose de incapacitados, más prolongada y difícil.

#### *Los medios de existencia para los jóvenes incapacitados*

Cualesquiera que sean la calidad y la eficacia de las medidas de rehabilitación, es inevitable que cierto número de jóvenes incapacitados, al llegar a la edad adulta, estén en la imposibilidad de subvenir a sus necesidades con sus propios ingresos profesionales y que por ello se vean obligados a recurrir a la ayuda económica de la colectividad. Ahora bien, debido al acusado aumento del desempleo entre los jóvenes, los jóvenes incapacitados de hallan confrontados a enormes obstáculos cuando buscan un empleo. La mayoría de ellos nunca han podido adquirir derechos a las prestaciones del seguro social, ya que en general el ciudadano solamente puede beneficiarse del seguro de enfermedad después de haber trabajado cierto número de días o

semanas, y muy frecuentemente eso ocurre respecto de las prestaciones de desempleo. Los expertos convocados por la AISS abordarán los otros tipos de prestaciones concedidas o que puedan serlo, intentando determinar si dichas prestaciones son suficientes como fuente de ingresos a largo plazo, así como definir las condiciones que han de cumplirse para su obtención. En especial, examinarán en qué forma los regímenes de seguridad social aseguran una transición armoniosa entre las prestaciones concedidas a los incapacitados durante su infancia y las prestaciones de que pueden beneficiarse al llegar a adultos.

### *La educación, la formación y la rehabilitación*

Al examinar la cuestión de la educación de los jóvenes incapacitados se admite generalmente hoy día que es preferible, siempre que sea posible, no practicar segregación ingresando a los estudiantes incapacitados en escuelas y otros establecimientos escolares especiales, sino por el contrario, integrados en el sistema educativo general. Los expertos examinarán si en las prestaciones y los servicios ofrecidos por las instituciones de seguridad social se tiene en cuenta ese principio. En cuanto a la rehabilitación, el hecho de que hoy día esté muy extendido el desempleo, confiere a aquélla la doble misión de ayudar al incapacitado a hacer frente a la competencia en un mercado laboral particularmente difícil y, al mismo tiempo, conformarse tanto psicológicamente como en la práctica con la eventualidad —muy cercana a la realidad— de no poder conseguir un empleo remunerado. Por consiguiente, se impone un concepto más amplio de la rehabilitación tendiente a una integración parcial cuando la integración total no sea posible y es conveniente, pues, examinar hasta qué punto los servicios de readaptación suministrados por la seguridad social pueden tener en cuenta estas necesidades ampliadas.

### *La creación de un entorno económico al empleo de los jóvenes incapacitados*

Aun cuando la disminución del desempleo es condición indispensable para facilitar el acceso de los jóvenes incapacitados al mercado laboral, no es suficiente, ni mucho menos. Existen otras numerosas formas de mejorar el entorno económico con el fin de favorecer la integración de los jóvenes incapacitados, principalmente concediendo ventajas económicas a los empleadores para incitarlos a utilizar esta categoría de trabajadores (por ejemplo,

mediante la exención del pago, por los empleadores, de sus cotizaciones de seguridad social durante cierto período), prestándoles ayuda económica para adaptar los empleos y los puestos de trabajo, o fijando en las plantillas de empleo cupos destinados a los incapacitados.

Los expertos que se reunirán en Sesimbra estudiarán igualmente las medidas que debería adoptar la seguridad social para que los regímenes de prestaciones no tengan efecto disuasivo, lo que a veces puede producirse cuando el recurso a los servicios de readaptación o la aceptación de un empleo pueden replantear la cuestión de los derechos a futuras prestaciones. Las condiciones para la conceción de las prestaciones de seguridad social deben confluír con el fin de alentar los esfuerzos de readaptación de los jóvenes incapacitados sin penalizar a aquéllos que, pese a esos esfuerzos, no puedan encontrar un empleo estable.

### **Más de 200 expertos provenientes del mundo entero estudiarán las solicitudes a los problemas técnicos en algunos aspectos de la Seguridad Social**

#### **Se reunirán próximamente en Varsovia con ocasión de las Comisiones Permanentes de la AISS**

(Comunicado de prensa ISSA/INF/85/3, 22 de mayo de 1985  
(27 de mayo — 1.º de junio de 1985))

La Asociación Internacional de la Seguridad Social, con el fin de permitir a sus instituciones miembros que estudien los temas concretos y precisos que constituyen lo esencial de sus preocupaciones cotidianas, ha creado Comisiones Técnicas Permanentes en cuyo seno expertos del mundo entero examinan y debaten acerca de los problemas relativos a los distintos aspectos o ramas de la seguridad social. Estas Comisiones observan de cerca los progresos técnicos en el ámbito de su competencia y destacan las medidas de protección social y los métodos de aplicación más avanzados; asimismo representan para las instituciones de seguridad social del mundo entero un foro privilegiado que les permite intercambiar informaciones, confrontar experiencias y prestarse ayuda técnica mutua. Por este hecho, constituyen un instrumento particularmente eficaz para el perfeccionamiento de la seguridad social.

Por invitación del Instituto de Seguros Sociales de Polonia, cinco de estas Comisiones se reunirán en Varsovia, del 27 de mayo al 1.º de junio: la Comisión Permanente del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; Prevención de los Riesgos Profesionales; Asignaciones Familiares; Seguro de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes, y Actuarios y Estadígrafos. A estas reuniones asistirán más de 200 participantes de las instituciones de seguridad social del mundo entero, así como los representantes de numerosas organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales.

#### *La aparición de nuevos tipos de enfermedades profesionales*

Entre los temas del orden del día de la Comisión Permanente del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales hay uno que a consecuencia de la rápida evolución de las tecnologías modernas concentra las preocupaciones de los administradores de la seguridad social. Se trata del problema que plantea el aumento del número de enfermedades profesionales. En algunos sectores, como por ejemplo, el de la agricultura, el número de estas enfermedades no deja de aumentar debido especialmente a la utilización creciente de productos químicos tales como pesticidas, herbicidas e insecticidas. Un informe de la OIT revela, por ejemplo, que en Asia el 40% de los obreros agrícolas encargados de la pulverización presentan síntomas de intoxicación a causa del empleo de pesticidas. En el aspecto industrial, los países en desarrollo suelen estar mal preparados e informados en lo que respecta a la prevención de enfermedades cuya aplicación va acompañada por desgracia por las nuevas técnicas importadas por los países industrializados. El tiempo apremia, ahora más que nunca, para armonizar los sistemas de prevención de los diferentes países. Para contribuir a reforzar la cooperación internacional en ese sentido, los expertos que convocará la AISS compararán la situación y la evolución reciente en materia de enfermedades profesionales con el fin de estimular una mejor coordinación de los trabajos a nivel nacional para la elaboración de una nomenclatura de los diferentes tipos de enfermedades profesionales.

#### *La mejora de la protección contra los riesgos no profesionales gracias a la experiencia adquirida en el lugar de trabajo*

Otro tema de actualidad: las enfermedades y los accidentes que se producen en la vida no profesional y cuyo número va en aumento. Las estadísticas

muestran que son a la vez más graves y más frecuentes que las enfermedades y los accidentes del trabajo. Sin embargo, pocos son los países en los que se ha emprendido una acción colectiva en favor de la promoción de la seguridad social en todas las circunstancias de la vida. Las instituciones de seguridad social cuyo objetivo primordial es proteger a la población de los riesgos a que está expuesta ocupan un lugar preferente que les permite desempeñar un papel determinante en ese ámbito y participar en toda acción coordinada que pueda ser emprendida por las autoridades competentes. La amplísima experiencia adquirida en materia de prevención de los riesgos profesionales debe ser aprovechada para mejorar la seguridad en la vida privada. Concretamente se trata tanto de prevenir los accidentes de la circulación, los producidos en el deporte o los caseros, como los causados por caídas en la vía pública o en el hogar, los causados por la utilización de enseres domésticos, etc... Este tema será uno de los que examinará la Comisión Permanente de la AISS de Prevención de los Riesgos Profesionales.

#### *Una mayor ayuda a las familias monoparentales*

El aumento del número de divorcios, la rápida evolución de la vida familiar, los condicionantes profesionales y sociales constituyen otros tantos factores que estos últimos años han causado un incremento importante del número de "familias monoparentales". Por ello, los expertos que se reunirán en la Comisión Permanente de Asignaciones Familiares examinarán más especialmente las diferentes asignaciones familiares (tipos, condiciones de atribución, modo de financiación) concedidas especialmente a las madres que viven solas. Intentarán determinar hasta qué punto se han creado condiciones favorables en las familias monoparentales con el fin de que los hijos de corta edad puedan beneficiarse de los cuidados personales de uno de los padres. Procurarán igualmente establecer la relación entre las asignaciones pagadas a las familias monoparentales y los servicios puestos a disposición de tales familias en lo que respecta a los equipamientos colectivos (guarderías, casas-cuna, etc..).

Los expertos que asistirán a la reunión de esta Comisión Permanente examinarán, además, la cuestión de la evolución y del financiamiento de las asignaciones familiares en el contexto de la crisis económica. Las asignaciones familiares, como toda la seguridad social, han resultado afectadas evidentemente por la crisis económica de estos últimos años: los regímenes financieros con las cotizaciones patronales han tenido menos ingresos a consecuencia del desempleo, mientras que los costeados por el presupuesto

estatal han sido afectados por la disminución de ingresos fiscales. De ello resulta a veces una disminución correspondiente del nivel de las prestaciones; pero el mantenimiento del poder adquisitivo depende, más que de la intensidad de la crisis, de la voluntad política de los Estados y de las prioridades que la crisis económica les obliga a definir.

*La jubilación de las mujeres: se reconoce su carácter específico*

De modo general, el estudio de los regímenes de pensiones siempre se ha efectuado sin tener en cuenta el carácter específico de los beneficiarios y, en especial, de la necesidad de aplicar un enfoque diferente según se trate de hombres o de mujeres. Sin embargo, las condiciones generales de concesión de pensiones a las mujeres, incluyendo las pensiones de viudedad, necesitan ser enfocadas de modo especial. La situación de dependencia en que se hallan las viudas, sus recursos, sus hijos a cargo, la edad de estos últimos, la duración del período matrimonial son, entre otros criterios, los que se tienen en cuenta para el pago de una pensión, criterios que varían notablemente según los países. Por otra parte, habiéndose ya generalizado bastante la transformación del papel profesional de las mujeres y de su estatus social, los expertos de la Comisión Permanente del Seguro de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes examinarán las modificaciones producidas en las disposiciones relativas a los regímenes de pensiones de las mujeres en relación con esta evolución del papel de las mujeres en el mundo laboral.

Hemos citado solamente algunos de los numerosos temas que figuran en el orden del día de las Comisiones que se reunirán en Varsovia. Señalemos asimismo que la Comisión Permanente de Actuarios y Estadígrafos examinará un importante informe sobre la anticipación de la edad de cese de actividad profesional en relación con el equilibrio financiero de los regímenes de seguridad social encargados de pagar ingresos de sustitución. Además, cabe señalar que el Grupo de estudios de la AISS sobre la Rehabilitación se reunirá al mismo tiempo en la capital polaca para examinar, entre otras cuestiones, la muy actual de la rehabilitación de los menores incapacitados y el papel desempeñado por la familia a ese respecto (véase igualmente nuestro comunicado ISSA/INF/85/2, relativo a la reunión organizada por la AISS en Lisboa, acerca de las medidas de seguridad social y de rehabilitación destinadas a los jóvenes incapacitados). Por último, otras Comisiones Permanentes de la Asociación, especializadas en otras ramas y aspectos de la seguridad social, se reunirán próximamente en Bruselas (3-6 de septiembre de 1985) y en Madrid (4 de octubre de 1985).

## LIBROS

APLICACIONES DE LA EPIDEMIOLOGIA AL ESTUDIO DE LOS ANCIANOS.— **Informe de un Grupo Científico de la OMS sobre epidemiología del envejecimiento.— Serie de Informes Técnicos n° 706.**— OMS. Ginebra 1984, ISBN 92 4 320706 7, 90 Págs. Precio: 8 frs. En España Liberías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Un Grupo Científico de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento se reunió en Ginebra del 11 al 17 de enero de 1983. Abrieron la reunión el Dr. T. A. Lambo, Director General Adjunto, y el Dr. L.A. Kaprio, Director Regional, Oficina Regional de la OMS para Europa.

El Dr. Lambo señaló que el Grupo Científico tendría que considerar, como problema principal, la forma de ayudar a los ancianos a conservarse sanos e independientes y a seguir desempeñando una parte activa en la sociedad. Los Estados Miembros de la OMS en sus esfuerzos por alcanzar la meta de salud para todos en el año 2.000 necesitan asesoramiento acerca de los medios de ayudar a sus ciudadanos mayores a prevenir la incapacidad o por lo menos a retardar la dependencia, y de introducir, con ese fin, actividades sanitarias y sociales científicamente fundadas. No se sabe todavía lo suficiente acerca de los factores sanitarios, sociales y ambientales que fomentan la autonomía y previenen la dependencia entre los ancianos en diferentes culturas, ni de cómo evaluar sus necesidades presentes y futuras. Acaso sea menester emprender nuevos estudios con el objeto de obtener toda la información necesaria para determinar la política por seguir y planificar servicios. Si es así, el Grupo Científico habrá de considerar qué estudios deben efectuarse, cuáles de ellos son urgentes y cómo puede cooperar en esas actividades la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. Kaprio destacó la importancia fundamental del criterio epidemiológico para comprender los factores de la mala salud entre los ancianos y establecer políticas sanitarias que tengan bases científicas. Expresó su confianza en que el informe del Grupo presente propuestas que sean tanto innovadoras como racionales.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.— **"El síndrome del aceite tóxico". Intoxicación alimentaria en España. Informe sobre una Reunión de la OMS.** Madrid 21-25 marzo de 1.983.— Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

El llamado "síndrome del aceite tóxico" ha suscitado, desde su aparición en 1.981, una cantidad considerable de bibliografía. Investigadores españoles y extranjeros han dedicado grandes esfuerzos a esclarecer la causa de esta enfermedad, los medios con los que se puede prevenir y la rehabilitación de los afectados. Pero, a pesar de la cantidad de publicaciones al respecto, no han sido dilucidadas aún todas las cuestiones, por lo que hay que encomiar los trabajos, como este libro que ahora se reseña, que tienen un carácter internacional y colectivo, pues será precisa la colaboración de especialistas diversos para que pueda lograrse la aproximación, cada vez más cercana, a la resolución de un problema que ha sido uno de los grandes "casos" de la Medicina Contemporánea.

Tras un prefacio de J.I. Waddington, Director del Servicio de Salud Ambiental (Oficina Regional de la OMS para Europa), en el que se expone brevemente la oportunidad de este libro, y de una introducción esbozando la historia del problema, se suceden las contribuciones: 1.— Exámen de las investigaciones y los resultados. 2.— Debates en Subgrupos. 3.— Acción futura. 4.— Conclusiones y recomendaciones. Anexos: 1- Descubrimiento del aceite tóxico como causa de epidemia. 2- Resumen de estudios de casos-control e investigaciones de casos o conglomerados. 3- Características clínicas y anatomopatológicas del SAT. 4- Análisis y refino del aceite de colza desnaturalizado con anilina. 5- Discurso de E. Lluch, Ministro de Sanidad y Consumo. 6- Participantes.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.— **"Garantía de la calidad en radiodiagnóstico".**— Publicación científica n° 469.— Washington, 1984, 68 pág.— 4 Dólares USA..

Se estima que en los países desarrollados, las dos terceras partes de todas las decisiones médicas críticas, dependen de información obtenida mediante diagnóstico radiológico. No hay cifras seguras sobre las pérdidas debidas al desperdicio de película, a causa de la necesidad de repetir las radiografías, o sobre el coste del tratamiento médico, inadecuado por falta de información radiológica exacta, o sobre los perjuicios ocasionados en la salud de pacientes, sometidos una y otra vez al proceso radiológico.

Este libro, publicado como resultado de la reunión de Neuhberg del 20-24 de octubre de 1.980, organizada por la OMS en colaboración con la República Federal de Alemania, puede considerarse como guía de métodos sencillos para utilizar en países, en los que la situación actual en radiodiagnóstico es poco satisfactoria y donde la

necesidad de una garantía de la calidad es, de hecho, mucho mayor y fundamental que en otros lugares del mundo.

La expresión "garantía de calidad" se define en el anexo 1, pág. 65 como "Todas aquellas actividades planificadas y sistemáticas, necesarias para inspirar confianza suficiente en que una estructura, sistema o componente va a funcionar a satisfacción cuando esté en servicio. Funcionar a satisfacción en servicio implica que pueda obtenerse la calidad óptima en todo el proceso de diagnóstico, es decir, que se produzca en todo momento una información de diagnóstico adecuada, y con una exposición mínima del paciente y del personal."

El material informativo que ofrece esta publicación se ha dividido en siete capítulos: 1.— Introducción. 2.— Objetivos de la garantía de la calidad en radiodiagnóstico. 3.— Requisitos previos a los programas de garantía de la calidad. 4.— Estructura orgánica. 5.— Consideraciones específicas sobre el equipo. 6.— Necesidades de capacitación. 7.— Recapitulación.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **"Marco de Referencia para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe"**. Publicación Científica n° 483, Washington, 1985, 60 pág. 6 dólares USA.

El volumen que nos ocupa consta de una breve introducción en la que se pone de manifiesto el interés especial que la Organización Panamericana de la Salud dedica al problema de la expansión acelerada del número de instituciones docentes, creadas en la Región durante los últimos años, sin obedecer, en multitud de ocasiones, a patrones mínimos de funcionamiento, ni estar articulados con los planes de desarrollo, en cuanto a las demandas específicas de formación de cada profesión se refiere.

Aunque este sea un problema latente bastante tiempo atrás, es en los años cincuenta cuando se empieza a manifestar su preocupación, proponiéndose normas para el establecimiento de escuelas que garanticen calidad. La OMS, en el caso de la medicina, es la primera que, a partir de 1955, trata de establecer unos patrones de orientación para la observancia de esta garantía, seguida de cerca por reuniones de varios países latinoamericanos, apoyados por la OPS.

En el primer capítulo, "Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina", se entra de lleno en esta problemática, agravada en los últimos años con la creación masificada de las escuelas sanitarias. Sirva de ejemplo que en solo dos países, Méjico y Brasil, en el último decenio se crearon 65 nuevas facultades. Y como siempre que se habla de masificación se opone la palabra calidad, otros problemas se derivan, tales como la falta de espacio en las aulas y la escasez del profesorado, la enseñanza con medios existentes únicamente en las grandes ciudades y sin casi ninguna utilidad en el medio rural, etc.

Tratando de hallar soluciones para todas estas dificultades, la OPS, en unión de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, organiza dos reuniones: La primera, sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación

Médica en la América Latina y el Caribe (Caracas, Venezuela, 12-22 de enero de 1976) y la del Grupo de Trabajo sobre Requisitos Mínimos para la Creación de Escuelas de Medicina (Salvador, Bahía, Brasil, 4-9 de diciembre de 1977).

También se recogen en esta publicación los documentos básicos de dichas reuniones, con las conclusiones y recomendaciones de los grupos.

UNESCO. **"Una manera fácil de preparar ayudas para la enseñanza"** Número 10, Paris 1984, ED84/WS/89.

*El paquete de recursos de UNESCO para la Enseñanza-Aprendizaje en materia de Nutrición* está siendo desarrollado mediante una cuidadosa y seleccionada combinación de los materiales educativos proporcionados por unos centenares de personas, organizaciones, instituciones y ministros de gobierno de todo el mundo, implicados en educación en nutrición.

Este número de las Series de Educación en Nutrición presenta ideas sencillas para ayudas de enseñanza que han sido recibidas en UNESCO procedentes de estos individuos, grupos y gobiernos y es representativo de los materiales que se están recopilando ahora para incluirlo en el Volumen IV de *Paquete de recursos de UNESCO para la Enseñanza-Aprendizaje en materia de Nutrición*. "Una manera fácil de preparar ayudas para la enseñanza-Aprendizaje de la Nutrición".

Esta selección de ayudas de enseñanza para el aula de clase ha sido reunida y editada por Ellen J. Barclay, M.Sc. Consultora Internacional, en colaboración con Susan Van der Vynckt, Ph.D. Unesco Especialista en Programa de Educación de Nutrición, Unesco-PARIS.

TUNER, S. A. an INGLE R.B. **Nuevos desarrollos en educación nutricional**. Serie de Educación en Nutrición, Tema 11, UNESCO, Paris 1985, ED, 85, WS/7.

Esta Monografía recoge verdaderamente el espíritu internacional de la conferencia que tuvo lugar sobre el tema "Nuevos desarrollos en educación nutricional" en el Instituto de Educación de la Universidad de Londres en julio de 1983 y cubre los puntos claves de los problemas que se plantean en la educación en nutrición en la actualidad: cómo mejorar la enseñanza de la nutrición y el aprendizaje en el aula de clase en los niveles primarios y secundarios; cómo incorporar efectivamente la educación nutricional en los profesores en formación y en activo; cómo ligar el aprendizaje en la escuela con las actividades educativas extraescolares.

La UNESCO ha colaborado y trabajado con el Instituto de Educación en la planificación de esta conferencia y espera que al dedicar este tema de la Serie de Educación en Nutrición de UNESCO se haya contribuido a ganar en comprensión del mismo por el conocimiento de experiencias diversas.

UNESCO. **Serie de Educación en Nutrición:** Resumen de la Primera Discusión Informativa sobre Política de Nutrición.

¿En qué nivel se encuentra la educación nutricional? ¿Interviene en algunos problemas nutricionales más que en otros? ¿Qué clase de intervenciones en materia de educación nutricional producen mejores resultados?...

Estas son las clases de preguntas formuladas por el Dr. Robert Hornik de la Escuela de Comunicaciones de Annenberg de la Universidad de Pensilvania y un panel de distinguidos participantes en la primera discusión informativa sobre política de nutrición del Comité Administrativo de Naciones Unidas sobre Coordinación —Subcomité sobre Nutrición—.

Este Trabajo discute actividades tradicionales en educación nutricional que han tenido lugar fuera del sector de la educación y señala su amplia y extendida sospecha de que estas actividades no sean muy efectivas. Revisa las experiencias de los últimos años que han incluido extensas pruebas con nuevos y diferentes enfoques, produciendo impresionantes cambios en los conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la nutrición. Quienes discutieron presentando distintos puntos de vista alternativos fueron:

Abraham Horwitz, Director Emérito de la Organización Panamericana de la Salud, Richard K. Manoff, Presidente de Manoff Internacional, INC, William A. Smith, Vicepresidente de la Academia para el Desarrollo de la Educación; y Susan Van der Vynckt, Especialista del Programa de Educación Nutricional en UNESCO.

Pueden obtenerse copias del trabajo escribiendo a:

S. Van der Vynckt, Ph. D.  
División of Science, Technical and Evironmental Education  
UNESCO  
7, Place de Fontenoy  
75700 PARIS

La demanda de un número más amplio de copias necesita ser acompañada de una indicación de la forma en que van a ser distribuidas y del uso que va a hacerse de las mismas.



## REVISTA DE REVISTAS

*AMERICAN JOURNAL OR EPIDEMIOLOGY*, Septiembre 1984.

SALONEN, J.T. y cols. *Asociación entre selenio del suero y el riesgo de cáncer*, 342-9.

Se realizó un análisis de pares ajustados con datos basados en un estudio prospectivo de seguimiento durante seis años de una muestra al azar de población para estudiar la asociación entre el selenio del suero y el riesgo de cáncer. Pares caso-control se examinaron de una población de 8.113 personas, tras exclusiones, en 1972 en dos condados del este de Finlandia. Los casos fueron mujeres y hombres de 31 a 59 años inicialmente libres de cáncer. Se ajustó a cada caso un control según edad, género, consumo diario de tabaco y concentración de colesterol en suero. El selenio sérico medio de 128 casos fue 50,5 mg/litro y el de los controles 54,3 mg/litro ( $p = 0,012$  de diferencia). Cuando la variación residual de consumo de tabaco y colesterol sérico así como el de otras cuatro posibles fuentes de confusión se introdujeron en un modelo logístico múltiple, el selenio del suero inferior a 45 mg/litro estuvo asociado con un riesgo relativo de cáncer de 3,1 (95% intervalo de confianza, 1, 5-6, 7,  $p < 0,01$ ). Estos datos apoyan la hipótesis de que la deficiencia de selenio aumenta el riesgo de ciertos cánceres en personas de edad media.

LE, M.G. y cols. *Consumo de bebidas alcohólicas y cáncer de mama en un estudio francés caso-control*, 350-7.

Una asociación entre el consumo regular de alcohol con las comidas y el cáncer de mama se encontró en un estudio caso-control francés de 1.010 mujeres con cáncer de mama y 1.950 mujeres con enfermedades no malignas; el riesgo relativo de cáncer de mama para mujeres que consumían bebidas alcohólicas con las comidas comparado con el de las no bebedoras fue de 1,47 ( $p = 10^{-4}$ ) teniendo en cuenta los clásicos factores de riesgo. Se obtuvo información detallada sobre el consumo de alcohol de 500 casos y 945 controles; los riesgos de cáncer de mama eran mayores para las mujeres que bebían cerveza y para las mujeres que bebían vino que para las no bebedoras, y el riesgo aumentaba con la cantidad de cerveza, de vino y del total consumo de alcohol en gramos de alcohol puro.

SOLKOLNE, C.L. y cols. *Cáncer laríngeo y exposición laboral al ácido sulfúrico*, 358-69.

Los trabajadores de una unidad de etanol que usaban ácido sulfúrico en fuertes concentraciones en una gran refinería y planta química en Baton Rouge, Louisiana, fueron declarados, en 1979, en riesgo excesivo de cáncer de vías respiratorias altas. El carcinógeno implicado por pruebas indirectas fue el dietilsulfato. Sin embargo, con el uso continuo de ácido sulfúrico en la misma planta y con casos adicionales no atribuibles al proceso del etanol, se probó la hipótesis de una asociación entre la exposición al ácido sulfúrico y el cáncer de vías aéreas superiores. Cada uno de los 50 casos confirmados de cáncer de vías respiratorias altas diagnosticados entre 1944 y 1980, fue ajustado con tres controles al menos en sexo, raza, edad, fecha de empleo inicial y duración del empleo. 34 de los 50 casos fueron cánceres de laringe. Los datos se obtuvieron de los informes existentes de la planta. Estimaciones retrospectivas de exposición se hicieron sin tener en cuenta el estado de caso o control. Los hallazgos de técnicas condicionales de regresión logística fueron apoyados por otros métodos estadísticos. Entre trabajadores clasificados como potencialmente muy expuestos, los riesgos relativos de cuatro veces más para todas las localizaciones de cáncer en vías respiratorias superiores combinados fueron sobrepasados por el riesgo relativo de cáncer laríngeo específicamente. La exposición respuesta y la consistencia a través de varias comparaciones tras controlar estadísticamente el uso del tabaco, alcoholismo y otros factores de riesgo previamente implicados, sugieren un mayor riesgo de cáncer con mayor exposición.

LINDBOHN, M.L. y cols. *Exposición ocupacional de los padres y aborto espontáneo en Finlandia*, 370-8.

Se analizaron los abortos espontáneos por exposición ocupacional de mujeres y sus maridos, con datos del registro de altas de los hospitales y del censo nacional de Finlandia. Las ocupaciones se agruparon de acuerdo a la presunta exposición en siete categorías: exposición a solventes; humos de escapes de automóviles; hidrocarburos aromáticos policíclicos; otros productos químicos; metales; polvo textil; y microorganismos animales. Los riesgos relativos de aborto espontáneo se estimaron con análisis de regresión logística para ajustar por posibles factores de confusión. Las amplias categorías de exposición aparecieron, como mucho, como factores de riesgo débiles de aborto espontáneo porque los riesgos relativos de aborto no habían aumentado significativamente en ninguno de los grupos de exposición de los padres. El análisis de detalladas categorías de exposición aparecieron, como mucho, como factores de riesgo débiles de aborto espontáneo porque los riesgos relativos de aborto no habían aumentado significativamente en ninguno de los grupos de exposición de los padres. El análisis de detalladas categorías ocupacionales mostró algunas ocupaciones femeninas y masculinas con un riesgo aumentado. Las observaciones de riesgo aumentado relacionado con el trabajo de laboratorio apoyan los primeros hallazgos. El elevado número de ocupaciones textiles con mayor riesgo es también

digno de mención y se necesitan nuevas investigaciones para confirmar si esto se debe a riesgos ocupacionales o a otros factores.

HOLMAN, C.D.J. y cols. *Los determinantes de lesión cutánea actínica: problemas de confusión entre variables ambientales y constitucionales*, 414-22.

Los determinantes constitucionales y ambientales de lesión cutánea actínica, valorados por microtopografía cutánea, se evaluaron en 1.216 sujetos que atendieron la Encuesta de Salud de Busselton en Australia occidental de 1981. La mayor edad, el sexo masculino, la tendencia a quemarse al exponerse al sol y el trabajo al aire libre se vió que tenían valor predictivo independiente para la presencia de lesión actínica de la piel. Las asociaciones brutas positivas o inversas se vió que surgían de confusiones. Las medidas del efecto de pasatiempos al aire libre y el uso de pantallas fueron subestimadas debido a asociaciones inversas de estos factores con mayor edad y asociaciones inversas de actividades al exterior con gran exposición con mala respuesta cutánea a la luz del sol. Las asociaciones de rasgos constitucionales típicos de individuos rubios y el uso de pantallas para el sol con la tendencia a quemarse dieron como resultado una sobreestimación de las medidas del efecto. También se confundieron por sexo las relaciones empíricas de la lesión actínica de la piel con ciertas actividades de ocio y con el uso de pantallas para el sol. Los resultados indican la necesidad de prestar más atención a la confusión en la investigación de cáncer de piel no experimental.

MC TIERNAN, A.M. y cols. *Incidencia de cáncer tiroideo en mujeres en relación con factores reproductores y hormonales*, 423-35.

Los residentes femeninos del occidente del estado de Washington de 18 a 80 años en que se diagnosticó cáncer entre enero de 1974 y diciembre de 1979 fueron entrevistados sobre sus historias reproductivas y su anterior uso de estrógenos, exógenos. Sus respuestas se compararon con las de una muestra de mujeres de la misma población, ajustadas individualmente con casos en base al prefijo telefónico. El uso de cada una de varias preparaciones que contenían estrógenos estaba asociada a un pequeño aumento de riesgo de cáncer de tiroides; las mujeres que habían usado un supresor de la lactancia tenían 1,7 veces más riesgo que las que no lo habían usado (95% intervalo de confianza 1, 1-2, 8); las usuarias de contraceptivos orales tenían 1,6 veces más riesgo que las que nunca los habían usado (95% intervalo de confianza 0,98 - 2,5); y las usuarias de estrógenos en la postmenopausia tenían 1,4 veces más riesgo que las no usuarias (95% intervalo de confianza, 0,82-2, 3). Entre el grupo de mujeres con poco riesgo, es decir, las que nunca habían sido tratadas con radiaciones y que nunca habían tenido bocio, una historia de uno o más embarazos estaba también asociada con un pequeño aumento del cáncer de tiroides (riesgo relativo = 1,8, 95% de intervalo de confianza, 1,1 - 3,1). Sin embargo, no se observó ningún aumento del riesgo con la duración creciente del uso de contraceptivos orales o estrógenos menopáusicos o con el aumento creciente de embarazos.

Mientras que el embarazo y el uso de estrógenos exógenos tienen un impacto sobre la producción de hormona tiro-estimulante, su efecto sobre la incidencia del carcinoma de tiroides, si está presente, parece ser pequeño.

BRISCOE, J. Estudios de intervención y la definición de rutas dominantes de transmisión, pag 449-55.

Un enfoque común para evaluar la importancia relativa de diferentes rutas de transmisión es eliminar la transmisión a través de una ruta y asumir que la ratio "número de casos eliminados: número de casos residuales" mide la importancia relativa de la ruta eliminada "vis-a-vis" la ruta residual de transmisión. Se usa un modelo cuantitativo para generar datos sintéticos semejantes a los analizados por los epidemiólogos. Estos datos se analizan usando el procedimiento convencional y las inferencias obtenidas de los datos sintéticos comparados con las relaciones causales estructuradas en el modelo. Las consecuencias para el análisis de datos del mundo real se analizan examinando datos sobre la importancia del agua y otras rutas de transmisión para el cólera en Bangladesh.

Octubre, 1984.

LEWITTER, F I y cols. Determinantes genéticos y ambientales de nivel de la función pulmonar, pag 518-30.

Se obtuvieron medidas del nivel de la función pulmonar (volumen expiratorio forzado en un segundo FEV1) y flujo expiratorio forzado entre los puntos de volumen del 25% y del 75% (FEF25-75) en miembros de 404 familias nucleares que vivían en el este de Boston, Massachusetts en 1974. Estas familias fueron estudiadas a través de una muestra al azar de niños entre 5 y 9 años de edad. Las medidas se obtuvieron en miembros de la familia en tres ocasiones separadas durante un periodo de 5 años. Estos datos fueron sometidos a las técnicas del análisis de trayectoria para estudiar las contribuciones relativas de herencia y ambiente a niveles individuales de la función pulmonar. La heredabilidad genética se vio que era consistente a través del tiempo (41-47%) y era igual para los padres y sus hijos. Los efectos comunes del ambiente familiar sobre el nivel de función pulmonar explicaron 1-4% de la variabilidad en los niños y 11-28% en los adultos. Además fuimos capaces de confirmar análisis epidemiológicos anteriores de estos datos que han demostrado el afecto del hábito de fumar de la madre sobre el nivel de función pulmonar de sus hijos.

ELLISON, R.C. y cols. Dispositivo para la medida automática de la presión sanguínea en estudios epidemiológicos, pag 542-9.

Un aparato automático para presión sanguínea fué diseñado para usarlo en un estudio epidemiológico que requería medidas de presión sanguínea, hechas por el

propio examinador, de 200 estudiantes cada semana durante un año escolar; un dispositivo Dinamap se usó para determinar las presiones sistólica y diastólica por el método oscilométrico, un computador Apple II plus con un impulsor de disco se usó para controlar el dispositivo y almacenaje de los datos. Dos de estos aparatos se unieron y se usaron para hacer más de 6000 registros de presión sanguínea durante un periodo de seis meses. Excepto por algunos problemas iniciales con un componente de computador, los aparatos funcionaron bien; se obtuvieron registros de presión sanguínea válidos el 99% de las veces. El uso de dispositivos automáticos mostró que era muy aceptable para los estudiantes. Se llega a la conclusión de que el uso de estos dispositivos ofrece un medio razonable para obtener medidas exactas de la presión sanguínea y puede aplicarse para muchos estudios epidemiológicos.

KHAW, K.T. y BARRETT-CONNOR, E. *Presión sanguínea sistólica y mortalidad por cáncer en una población anciana*, 550-8.

En un seguimiento de nueve años en una comunidad del sur de California de 2.852 hombres y mujeres de 60-79 años de edad, la presión sistólica fué un predictor significativo de la subsiguiente mortalidad por cancer en hombres. Este efecto fué independiente de la edad, la medicación antihipertensiva, el hábito de fumar, la obesidad y el colesterol plasmático. La tendencia en mujeres fueron similares pero no significativas desde el punto de vista estadístico. En comparación con los que aún viven, los niveles inicialmente altos de presión sistólica eran aparentes en los que murieron de cáncer de colon, cáncer de estómago, y todos los demás cánceres combinados con excepción del cáncer de pulmón y próstata. Se discuten los posibles mecanismos de esta asociación y las consecuencias de los datos con relación a los beneficios de medidas para tratar la hipertensión o reducir la distribución de la presión sanguínea en la población.

VENTERS, M.H. y cols. *Concordancia entre esposos de las pautas de fumar: la encuesta cardiológica de Minnesota*, 608-16.

La concordancia entre esposos de las pautas de uso de tabaco y otros factores del estado de vida se examinó en datos proporcionados por 560 parejas casadas de la Encuesta Cardiológica de Minnesota. La concordancia entre la pareja casada se midió en relación con una norma de concordancia basada en las frecuencias en parejas con sustitutos de esposos. Las pautas de fumar se vió que concordaban significativamente en las parejas casadas. Más parejas casadas que las otras tendían a fumar ambos o a no fumar ambos. Entre los fumadores las parejas casadas son más semejantes que las de sustitutos en el número de cigarrillos que fuman por día. Entre los exfumadores, las parejas casadas son más semejantes que las que tienen sustitutos en el año en que dejan de fumar. Las parejas más jóvenes con menos educación eran los más concordantes y mostraron tener la mayor tasa de hábito de fumar. Cinco factores adi-

cionales de estilo de vida mostraron un nivel de concordancia aumentado para las parejas casadas que para las otras. La concordancia en estos factores no se correlacionaba con la concordancia en el fumar. Se sugiere que las parejas casadas responden del mismo modo a un ambiente compartido formado de prácticas diarias, vida social y actividades de ocio. Además debería considerarse la intervención sobre fumar dirigida a la pareja casada.

KASHIWAGI, S. y cols. *Transmisión del virus de la hepatitis B entre hermanos*, 617-625.

Los autores investigaron familias con un portador al menos del antígeno de superficie de la hepatitis (HBsAg) en Okinawa, Japón, para determinar posibles rutas de transmisión del virus de la hepatitis B dentro de unidades familiares. Un total de 175 miembros de 37 familias de la parte occidental de la Isla Inomete, Okinawa, fueron seguidos durante 2-13 años; 68 fueron HBsAg-positivos al menos una vez. Se recogieron sueros una vez al año. Todas las muestras de suero fueron estudiadas por radioinmunoensayo para determinar la presencia de HBsAg, de anticuerpos frente a HBsAg (anti-HBs), de antígeno e de la hepatitis B (HBeAg), de anticuerpos frente al antígeno e (anti-HBe) y de anticuerpos frente al antígeno central de la hepatitis B (anti-HBc). En cinco de las 15 familias con madre positiva y padre negativo se encontraron uno o más hijos positivos a HBsAg. En contraste, un hijo positivo a HBsAg se encontró en una sola de las ocho familias con madre negativa y padre positivo. En nueve de las 14 familias con ambos padres negativos, dos o más niños eran positivos. La transmisión del virus de la hepatitis B entre hermanos fué aparente durante el periodo de observación en cuatro de las familias con ambos padres negativos. Ocho niños menores de 4 años fueron positivos a HBsAg cuando se les examinó al principio o se hicieron portadores de HBsAG cuando tenían cuatro años de edad o más jóvenes. Este estudio encontró 1) En el ambiente familiar hubo casos de aparente transmisión materna pero hubo más casos de aparente transmisión entre hermanos, y 2) los niños menores de cuatro años de edad parecía que se hacían portadores con más facilidad que los más mayores.

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, septiembre 1984.

SHAPIRO, L.R. y cols. *Pronóstico de la obesidad: estudio longitudinal de niños desde la edad de 6 meses a la de 9 años*, 968-972.

El desarrollo de la obesidad o delgadez corporal se examina en un estudio prospectivo en marcha sobre nutrición y crecimiento. El grosor del pliegue cutáneo, pesos relativos, ganancias de peso, niveles de actividad y valor calórico de los alimentos ingeridos se examinaron a siete edades entre 6 meses y 9 años. Los cambios de obesidad corporal en este grupo de niños proporcionan evidencia de que el lactante obeso generalmente no se convierte en niño obeso. La ganancia de peso en la infancia es

también un mal predictor de la obesidad a los 9 años de edad. Los cambios de obeso a no-obeso o delgado no son lineales a menudo. Hay pruebas de que la obesidad molesta o real empieza a edades entre 6 y 9 años con alguna posibilidad de prevención desde los 2 años en las niñas, y a los 3 años para los niños.

SHOWSTACK, J.A. y cols. *Factores asociados con el peso al nacer: exploración de la importancia del cuidado prenatal y de la duración de la gestación*, 1003-1008.

Para conocer la asociación con el peso al nacer de la asistencia prenatal, de la duración del embarazo y de otros factores prenatales se estudiaron los datos del certificado de nacimiento de los niños nacidos en 1978 de madres que vivían en los condados de Alameda o Contra Costa, California. Usando técnicas analíticas de datos de regresión múltiples se encontró que la asistencia prenatal adecuada (definida por el número de visitas durante el embarazo comparadas con la duración de la gestación y el mes de comienzo de la asistencia) estaba asociada a un aumento de 197 gramos como media del peso al nacer. Este efecto fue aun mayor en niños negros y en niños de corta duración de la gestación. El añadir la duración del embarazo a la educación aumentó significativamente la proporción de la variación del peso al nacer relacionada. Los resultados sugieren que los investigadores tienen que tener en consideración la relación no lineal entre duración del embarazo y peso al nacer cuando se valoran los factores que afectan al peso al nacer.

REICH, M.R. y GOLDMAN, R.H. *Salud ocupacional en Italia: conceptos, conflictos y consecuencias*, 1031-1041.

Este trabajo examina el modelo italiano de sanidad ocupacional basado en el trabajador, especialmente sus conceptos claves y su relación con el conflicto social. Revisa brevemente la historia de tres enfoques a la sanidad ocupacional en Italia: basado en la universidad, basado en la industria y basado en el gobierno. Analiza después el enfoque basado en el trabajador que surgió a finales de los 60 y comienzo de los 70 a medida de que grupos de trabajadores y sindicatos se movilizaron alrededor de nuevos conceptos de salud ocupacional. Se discuten cinco conceptos clave: el grupo homogéneo de trabajadores; la subjetividad de los trabajadores; el uso de lenguaje conciso; el desarrollo de instituciones locales de salud ocupacional y el uso de mapas de riesgos ocupacionales. El análisis ilustra como el proceso social de movilización e institucionalización afectó las ideas y estructuras de la sanidad ocupacional italiana. La movilización de trabajadores en Italia produjo cambios ideológicos en el sistema de salud ocupacional de la nación, cambios institucionales en universidades y gobiernos y cambios legislativos a niveles nacional y local. La institucionalización de reformas, sin embargo, creó nuevos conflictos y problemas y tendió a restringir la participación del trabajador y a promover la intervención de expertos. El trabajo concluye con un breve esquema de la historia de los enfoques de salud ocupacional en Estados Unidos y discute después las consecuencias de los cinco conceptos italianos para la política de salud ocupacional estadounidense.

ARS PHARMACEUTICA, julio-septiembre, 1984.

MARIN, G. y cols. *Características bioclimáticas, edafológicas y botánicas de la Sierra de Loja (Granada) II parte*, 301-16.

Se describen las comunidades vegetales más importantes de la Sierra de Loja (Granada), indicando las especies directrices de las distintas comunidades estudiadas.

DELGADO RODRIGUEZ, M. y cols. *Estudio óptico del tamaño y forma de las partículas de polvos de talco*, 317-330.

Han sido estudiados algunos polvos de talco por métodos ópticos. La investigación de las formas y tamaños de las partículas, ha servido para establecer dos índices que hemos denominado grado de redondeamiento y grado de finura. Estos resultados son muy interesantes en la aplicación tópica de los polvos de talco, porque permiten la estimación de una posible acción irritante de la piel.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, Septiembre 1984

GOMEZ 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 ese 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 fué 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 destacar 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 incapie. Las investigaciones confirmaron

la deficiencia de conocimientos, comportamientos y conducta adecuados con respecto a la salud y la consecución de cambios positivos en muchos de los grupos en que se actuó.

NAVEILLAN, F.P. y col. *Expectativa de vida del bebedor problema en Santiago, Chile, VI. Jornadas laborales perdidas. Años 1960 y 1980, 252-260.*

En Chile, como en otros países en desarrollo, faltan estudios estadísticos sobre la expectativa de vida del bebedor problema. La revisión bibliográfica indica 1960 como el año más favorable para iniciar una investigación de población sobre el tema pues se cuenta con datos censales y de trabajos de investigación confiables. El estudio se centra en el área metropolitana de Santiago. Sobre esa base se proyecta una investigación que se expone en una serie de artículos. En este se analiza para el área metropolitana y para todo el territorio en 1960 y 1980 pérdida de jornadas laborables por el bebedor problema según tres criterios: días perdidos por el bebedor problema en el año del deceso, días perdidos por reducción de la expectativa de vida, y el valor presente de los días perdidos por una cohorte de bebedores problema. Las cifras del orden de los millones de jornadas perdidas expresan el problema económico y social del alcoholismo.

*BOLETIN DE SALUD DE LA REGION MURCIANA, Septiembre-Octubre 1984*

GARCIA SALMON M. y cols. *Evolución de la mortalidad en la infancia en la Región de Murcia y su comarca de la Vega Alta del Segura. Desde 1961 a 1980. Págs. 135-157.*

A la vista de todo lo anterior podemos afirmar que si tradicionalmente se han venido distinguiendo tres peligros para los menores de un año de edad, infeccioso, alimentario y congénito, la mortalidad a lo largo del tiempo debido a cada uno de ellos ha manifestado una sensible variación, de forma que si hace 20 años la mortalidad se debía mayoritariamente a los peligros infeccioso y alimentario (causas exógenas) y el grupo postneonatal era el más afectado, en la actualidad ha pasado a producirse sobre todo por causas de origen congénito (causas endógenas) y afecta mayoritariamente a los menores de 28 días, es decir, al grupo neonatal, y dentro de éste al neonatal precoz. Y eso es así a pesar de la mejora de la infraestructura sanitaria, de una mejor atención al parto y de un aumento del nivel de vida de esta comarca, todo lo cual no hace sino poner de manifiesto lo resistente de estas enfermedades congénitas a la acción sanitaria y a la mejora del medio ambiente. De ahí que la proporción con que los factores de origen externo e interno contribuyen a la mortalidad en los menores de un año, dependa del desarrollo socio-económico de un país. La mortalidad infantil, pues, va haciendo hincapié en las causas congénitas y hereditarias. En los niños mayores de un año, la mortalidad también evidencia una fuerte disminución en nuestro estudio (33,2% en la Vega Alta y 47,8% en la Región), aunque sigue siendo alta la mortalidad por causas infecciosas —la segunda en importancia en el cuarto quinquenio de la comarca— por lo que es necesaria la lucha contra ellas a través de una mejora de la

infraestructura sanitaria y de la acción sanitaria, campañas de vacunación y educación sanitaria, potenciación de la asistencia sanitaria con el tratamiento y prevención de los trastornos nutritivos, todo lo cual pasa por la integración de los aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la labor asistencial, en lo que la OMS denomina como ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD adquiriendo una enorme importancia la prevención de los accidentes, que en este grupo de edad son, en esta comarca, la primera causa de muerte. Por último, no podemos dejar de mencionar que la evolución de estas tasas y la desviación de la mortalidad hacia edades más tempranas, plantea la urgencia de establecer sistemas correctos de información de la mortalidad fetal tardía y de la neonatal precoz, que faciliten los datos necesarios —no sólo a nivel regional— para una eficaz planificación de las acciones de salud, que nos permitan alcanzar los mayores niveles de salud posibles y acordes con nuestro nivel de desarrollo económico y social.

*BRITISH JOURNAL OF ADDICTION*, Septiembre 1984.

TUCK, R.R. y cols. *Alcohol y daño cerebral*, 251-9.

En esta revisión se discuten dos formas de lesión cerebral relacionadas con el alcohol y su posible patogenia. Estas son el síndrome de Wernicke-Korsakoff y la demencia alcohólica. Hay pocas dudas de que la deficiencia de tiamina es el factor responsable de la encefalopatía de Wernicke. Sin embargo, otros factores pueden intervenir en el desarrollo de la psicosis de Korsakoff. Muchos casos de encefalopatía de Wernicke no son diagnosticados por los clínicos cuyo conocimiento de las diversas manifestaciones de esta enfermedad necesita aumentarse. La deficiencia de tiamina puede producir lesión cerebral bloqueando el metabolismo oxidativo de la glucosa, de los aminoácidos y de los ácidos grasos. No hay evidencia definitiva de que la deficiencia marginal de tiamina cause la enfermedad. Algunos individuos pueden estar especialmente predisuestos a los efectos de la deficiencia de tiamina por razones genéticas. Hay claramente un espectro de afectación mental en los alcohólicos que no puede atribuirse a la deficiencia de tiamina. Algunas de estas anomalías están en correlación con signos neurorradiológicos y patológicos de atrofia cerebral. La afectación mental y la atrofia en los alcohólicos son en parte reversibles con la abstinencia. El mismo alcohol puede ser neurotóxico, lo que explicaría algunos de estos fenómenos.

GRANT, M. *La influencia moderadora. Revisión de los Programas de Educación sobre alcohol patrocinados por casas comerciales*, 275-82.

Este trabajo revisa los objetivos, destinatarios y contenido de los programas de educación sobre alcohol patrocinados por asociaciones comerciales de la industria de bebidas alcohólicas. El predominio de programas que promueven el concepto de moderación dirigidos hacia los jóvenes emerge como la más sorprendente tendencia. Aunque la escasez relativa de evaluaciones objetivas de la eficacia de la educación al-

cohólica es lamentable, el autor apunta la posibilidad de establecer un diálogo útil entre educadores sanitarios y la industria de bebidas alcohólicas sobre el tema de los límites del consumo moderado.

LITMAN, G.K. y cols. *La relación entre conductas de afrontamiento, su eficacia y la recaída y supervivencia del alcoholismo*, 283-91.

Los resultados de un análisis de los Componentes Principales del Inventario de Eficacia de Conductas de Afrontamiento (IECA) administrado a 256 pacientes alcohólicos hospitalizados se comparan con los resultados del Inventario de Conductas de Afrontamiento (ICA) administrado a la misma muestra y también se compara con un nuevo análisis de los datos obtenidos de una muestra diferente de hace 5 años. Los resultados indican que la estructura de factores de IECA y de ICA es semejante. Los cuatro factores que surgen del presente estudio y que representan el 59% de la varianza son: 1. Pensamiento positivo, 2. Pensamiento negativo, 3. Evitación/distracción, 4. Búsqueda de apoyo social. Aunque las puntuaciones del ICA al comienzo no discriminan entre los que recaen después y los supervivientes, las puntuaciones por factores en el IECA al principio sobre "Pensamiento positivo" y "Evitación/Distracción" se vió que predecían el resultado posterior 6-12 meses después. Las consecuencias clínicas se discuten en términos de estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas.

WALD, I. y MOSKALEWICZ, J. *Política de alcohol en una situación de crisis*, 331-5.

Se describe el impacto de la crisis política de 1980 en la forma de bebida en Polonia. Los precios del alcohol empezaron a aumentar, se introdujo una prohibición temporal y el gobierno militar consideró necesario tomar una serie de pasos activos para hacer frente a la bebida excesiva. Largas colas empezaron a parecer en las tiendas de licores y a finales de 1981 se introdujo un racionamiento de licores. Todas estas fuerzas combinadas produjeron un descenso dramático del consumo. En julio de 1982 empezó a levantarse el racionamiento de alcohol. En conjunto estos sucesos proporcionan un ejemplo interesante de un "experimento natural" que ilustra los efectos de medias sociales múltiples y agudas y del cambio social sobre el hábito de bebida de una población.

*BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ*, septiembre-octubre, 1984.

GOTDCHLICH, E. C. *Desarrollo de una vacuna contra la gonorrea: perspectivas, estrategias y tácticas*, 671-680.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un enorme problema de salud pública en la mayoría de las partes del mundo. El presente artículo concentra

la atención sobre gonorrea y resume la magnitud del problema. Se revisan los actuales conocimientos de los mecanismos moleculares empleados por el gonococo para establecer la infección y describe la inmunoquímica y la genética de los antígenos de superficie del gonococo. Se puntualiza que pili y proteína II demuestra marcada heterogeneidad y que esto probablemente representa una respuesta por el organismo para la selectiva presión impuesta por el sistema inmunitario humano. Esta evidencia de la efectividad del sistema inmunitario augura cosas buenas para el eventual éxito de una vacuna de gonorrea. Se resumen las perspectivas por los antígenos corrientemente bajo estudio en un número de laboratorios y las estrategias que están siendo empleadas para resolver los problemas presentados por la heterogeneidad antigénica.

*Reciente progreso en el desarrollo de las vacunas contra el paludismo. Memorandum de una reunión de la WHO, 715-727.*

La sexta reunión del Grupo Científico de Trabajo sobre la inmunología del Paludismo revisó estudios sobre la identificación y análisis de los antígenos palúdicos de etapas sanguíneas asexuales y estados sexuales (gametos, cigotos, ookinetos) que pueden ser explotados como dianas para vacunación. Varias proteínas han sido identificadas sobre la superficie de esquizontes maduros y merozoitos libres, algunos de los cuales pueden ser reconocidos por anticuerpos que bloquean in vitro el crecimiento de los parásitos. La inmunización de roedores y monos con antígenos purificados de la membrana superficial de los parásitos ha conferido inmunidad sustancial contra el estímulo subsiguiente. Una nueva clase de antígenos de paludismo ha sido identificada que liga especialmente a la glucoforina, la mayor glucoproteína del eritrocito; estos antígenos están sobre la superficie del merozoito y es posible que se adhieran de inmediato a los eritrocitos. Los anticuerpos contra estas proteínas también bloquean el crecimiento de los parásitos in vitro. Los antígenos del *Plasmodium falciparum* han sido caracterizados bioquímicamente y secuenciados los genes para dos de estas proteínas. Varios antígenos han sido localizados en el proceso de invasión y los anticuerpos monoclonales contra estas proteínas bloquean in vitro el crecimiento. Los antígenos de malaria sobre la superficie de eritrocitos infectados con esquizontes de falciparum y trofozoitos pueden estar implicados en la citoadherencia de eritrocitos infectados a células endoteliales. Los antígenos superficiales sobre gametos y cigotos de *P. gallinaceum* y *P. falciparum* se ha demostrado que son las dianas de inmunidad de transmisión bloqueada. Los específicos anticuerpos monoclonales para estos antígenos bloquea la fertilización en el estómago del mosquito. La transmisión del *P. gallinaceum* puede también ser bloqueada por un anticuerpo que bloquea el desarrollo de cigotos dentro de los ookinetos. Los estudios sobre la transmisión de *P. yoelii* han identificado una proteína de gameto que inmuniza ratones contra la transmisión de los mosquitos.

JOB, J.S. y cols. Respuesta en anticuerpos a las vacunaciones de sarampión en la India, 737-741.

La respuesta en anticuerpos a la vacuna antisarampión viva ha sido medida por inhibición de la hemaglutinación (HI) según un método standar de microtitulado, entre 238 niños de edades comprendidas entre 6 y 15 meses. La proporción de niños seronegativos (a la dilución 1:4) habiendo adquirido anticuerpos antisarampión después de la vacunación (tasa de seroconversión) iba desde el 74% entre los niños de edades de seis meses, al 100% de los niños de edades entre 13 y 15 meses, las diferencias de tasas de seroconversión en función de la edad no eran estadísticamente significativas. Estas tasas eran respectivamente de 87%, 94% para los grupos de edad de 6-8 meses, 9-11 meses y 12-15 meses. El título medio geométrico (GMT) de los anticuerpos medidos por inhibición de la hemaglutinación después de la vacunación aumentaba progresivamente en función de la edad en la vacunación, siendo esta asociación estadísticamente significativa ( $r = 0.81$ ;  $P < 0.05$ ) Entre los niños de edades de 6-8 meses, 9-11 meses y 12-15 meses, los GMT eran respectivamente de 42.0, 50.2 y 66.0. Las tasas de seroconversión y el título de anticuerpos en los 49 sujetos sufriendo de malnutrición del grado I o II no diferían de manera estadísticamente significativa de los observados entre los 189 sujetos normales. Los resultados de diversos trabajos sugieren que las tasas de seroconversión observadas en el grupo de edad de 6-11 meses pueden variar de una región del mundo a otra. En ciertas regiones sería así posible comenzar las vacunaciones antisarampión a los 9 meses e incluso a los 6 meses con tasas de seroconversión satisfactorias. En cualquier caso si las condiciones epidemiológicas permiten esperar el tiempo necesario sin que haya riesgo de sarampión se obtendrá la mejor tasa de seroconversión y el mejor título de anticuerpos con vacunación practicada después de la edad de 12 meses.

*EDUCACION MEDICA Y SALUD*, octubre-diciembre 1984.

MEJIA A. Cambio de actitud de los trabajadores de salud: función de las escuelas de salud pública, 371-392

En esta presentación se examina el problema que representan ciertas actitudes de algunos funcionarios de salud y de otros sectores, así como de la propia población beneficiaria, que si bien no obstruyen, al menos no facilitan el logro de la salud para todos basada en la atención primaria. El autor describe las modificaciones en las actitudes y patrones de comportamiento que son necesarios tanto para la población general, objeto de los cambios, como para los encargados de establecer políticas y proporcionar servicios de salud. Al propio tiempo, identifica las posibles funciones que deben desempeñar las facultades de salud pública a fin de fomentar y lograr esos cambios. Con una idea precisa de cuales son y en qué consisten los cambios deseables, en el artículo se analizan detalladamente los principales sectores de interés, los que se han dividido así: significado

de salud, significado de atención de salud y desarrollo sanitario: alcance de la formulación de políticas, colaboración intersectorial y multidisciplinaria, participación de la comunidad y autocuidado, reducción de los costos de la atención médica, organización y funcionamiento del sistema de salud, capacitación en administración de salud y desarrollo de recursos humanos para la salud. El autor termina subrayando la importancia vital de comprender el significado de salud para todos y de reconocer las deficiencias actuales de los sistemas de educación y servicios de salud pero que es igualmente importante mantener una actitud optimista y positiva.

BENDER, D. *Los sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud: la mujer como nexo*, págs. 393-401.

El costo de extender la atención de salud a las zonas rurales de los países en desarrollo ha obstaculizado los esfuerzos por llevar la medicina cosmopolita u "occidental" a estas zonas. La autora propone como estrategia costo-efectiva y ajustada a la realidad para ampliar los servicios necesarios en el medio rural—en el contexto en que son limitados los recursos— la incorporación de la mujer como agente de la atención de salud en el sistema rural de atención, dándole una formación que incluya prácticas tanto formales como tradicionales. El proceso ofrece a la mujer, como madre, la oportunidad de participar como protagonista en la evaluación del estado de salud de sus hijos y de otros miembros de su familia. De acuerdo con la experiencia obtenida en un proyecto de salud rural llevado a cabo en el Altiplano boliviano, se formulan recomendaciones específicas en relación con la aplicación del enfoque señalado, que tiene su base en la propia comunidad, se señalan a su vez las dificultades que se han encontrado en su aplicación práctica.

*ES&T ENVIRONMENTAL SCIENCE & TECHNOLOGY*, mayo 1984

LIPARI, F. DASCH, J.M. y SCRUGGS W.F. *Emisiones de aldehidos de chimeneas que queman leña*, 326-330.

Se midieron las emisiones de aldehidos de chimeneas que queman madera. Los aldehidos totales oscilaron de 0,6 a 2,3 g/kg de madera quemada basados en pruebas con cedro, pino, roble rojo y fresno. El formaldehido, el acetaldehido y el p-tolualdehido fueron los aldehidos más importantes emitidos representando el formaldehido 21-42% del total. Las emisiones de aldehidos y de partículas estaban inversamente relacionadas con la tasa de combustión y también pueden estar correlacionadas con el tipo de madera. En base a nuestras medidas, se estimaron que las emisiones nacionales de formaldehido por combustión de madera en residencias estaban entre 14 y 54 Gg/año. Este valor es comparable a las fuentes de emisión de aldehidos tanto de las plantas eléctricas como de los automóviles. Es probable que la combustión de madera en las viviendas sea la fuente más importante de aldehidos durante el invierno.

*GASETA SANITARIA DE BARCELONA*, septiembre-octubre 1984.

CONCELLON MARTINEZ, A. *Determinación de los residuos de los anabolizantes y de sus metabolitos existentes en las canales de los animales de consumo*, 184-191.

Los residuos de los anabolizantes —toda sustancia química generalmente de naturaleza esteroídica que favorece el metabolismo proteico—, se definen como aquellas sustancias o sus metabolitos que subsiten en las carnes y en otros productos alimenticios de origen animal. Para su detección se utilizan distintos métodos, de los cuales se hace una amplia revisión y se llega a conclusiones actuales: los métodos biológicos, tanto de tipo bioensayo como los de tipo histológico, adolecen de serias limitaciones. Los métodos inmunoquímicos son los mejores en la detección de anabolizantes (sus residuos) y sus metabolitos en todos los controles iniciales; los métodos fisicoquímicos para confirmar su presencia. La sensibilidad y especificidad del método elegido depende de las muestras recogidas, dado que el nivel de los residuos es más alto en las excretas, inferior en riñón e hígado e ínfimo en los músculos. Se comenta la tolerancia que la legislación establece y como consecuencia el dictamen a seguir por los Servicios Veterinarios de Salud Pública en cada caso particular.

CENTRICH S.M. y SUAREZ G.A. *Contribución al estudio de las proteínas en las leches de consumo*, 202-205.

En el presente trabajo se realiza un estudio del contenido proteico de las leches de consumo así como de las variaciones que tienen lugar en las fracciones proteicas de la leche a consecuencia de los tratamientos caloríficos a que son sometidas aquellas para su higienización y esterilización.

*HYGIE*, julio-septiembre, 1984.

SELVARAJ, M.K. *Como movilizar una comunidad rural para un programa de salud*, 9-12

El objeto de este estudio era determinar si un tercer agente de salud perteneciendo a un centro de atención médica primaria podía hacerse cargo positivamente de los menores de 12 años, o sea casi un tercio de la población rural. El pueblo elegido a este fin, constaba de 786 habitantes y 190 familias. El grupo meta estaba compuesto de 240 niños de menos de 12 años, o sea un 30,5% de la población. El estudio sin embargo, se limitó a 229 niños. Entre ellos 98 padecían de una carencia de vitamina B y 105 de lombrices intestinales. Desde el principio de la intervención, la colectividad quedó estrechamente asociada a todas las medidas tomadas, en particular los niños. El problema principal con el que se enfrentaban los aldeanos era el del agua potable, el único pozo del pueblo estaba seco. Gracias al concurso del Consejo regional, se arregló el pozo. A la vez, el médico empezó la lucha contra la malnutrición, poniendo más proteínas en las comidas y recetando pastillas de vitamina. Por fin, una parte

educativa insistiendo sobre higiene y nutrición, completó el programa. En conclusión se vió que un profesional de la salud, preferible un pediatra, era suficiente para la realización de los objetivos. Es necesario, no obstante, movilizar la colectividad cuya buena voluntad parece segura si uno sabe como solicitarla.

VAN PARIJS, L.G. y ECKHARDT. *Educación del público en prevención primaria y secundaria del cáncer*, 16-28.

El artículo hace el punto de los conocimientos actuales concernientes a la educación en materia de cáncer. Los programas educativos referentes al cáncer tienen en general cuatro objetivos: mejorar la información y sensibilizar con el problema; cambiar el comportamiento frente a los factores de riesgo; enseñar el auto-examen y por fin incitar a las personas con más riesgo a vigilar una detección precoz de la enfermedad. A pesar de los progresos en materia de educación, importantes esfuerzos tendrían que hacerse a favor de los escolares. Se notan unos progresos en la organización de programas educativos y los autores exponen ciertos principios que se aplican. Directivas han sido establecidas para permitir a los que los utilizan, sea países, ligas o asociaciones, la evaluación de los programas educativos que ponen en marcha.

DUFFY, J.E. y GLYNN OWENS, R. *Factores que afectan la precocidad de declaración en los pacientes con cáncer de mama*, 29-32.

Todo el mundo está de acuerdo en decir que una detección precoz va a la par de un pronóstico más favorable en el caso del cáncer de pecho debería facilitar una detección precoz. El presente estudio se refiere a 50 mujeres que han acudido a la consulta de una clínica especializada del Reino Unido.

Estas mujeres han aceptado contestar a unas preguntas. Los resultados demuestran que menos de la tercera parte practicaban el auto-examen y más de 40% declararon que se negaban a hacerlo. Los resultados dejan pensar que convendría informar mejor a las mujeres sobre el interés de tal práctica para una mejor detección precoz.

BRIEGER, W.R. y cols. *Impacto de las diferencias de necesidades de la comunidad sobre la planificación de la educación sanitaria*, 42-48.

Un grupo pluridisciplinario de investigadores de la Universidad de Ibadan (Nigeria) ha estudiado las necesidades que tienen las colectividades situadas a unos cien kilómetros. Estas colectividades padecen paludismo, oncocercosis o ceguera de los ríos, el gusano de guinea y la esquistosomiasis. Al revés de lo que se hubiera podido pensar, las necesidades expresadas no concernían a la lucha contra la enfermedad sino a la carencia de luz, agua potable y mal estado de las carreteras. La necesidad de luchar contra el gusano de guinea solo venía en el cuarto rango. Los autores conclu-

yen que una planificación con verdadera eficacia no se puede hacer sin tener en cuenta los deseos expresados por las colectividades y el apoyo que cada colectividad puede aportar a las demás. Notan igualmente que una colectividad puede aparentar homogeneidad sin tenerla cuando se acerca uno de sus problemas.

MARTIN, J. *A propósito de los toxicomanos. Resto de la participación y de la educación para la salud*, 49-52.

La participación de la colectividad para la mejora de la salud pública y el control de las enfermedades está hoy en día fuertemente recomendada por la Organización Mundial de la Salud. ¿De qué forma se puede utilizar esta participación? algunos factores importantes se han señalado. Uno de los factores importantes es confiar en sí mismo. Los expertos están a veces demasiado especializados y no son capaces de sentir las varias implicaciones de ciertas actividades. En materia de educación para la salud, la necesidad de mantener y reforzar la confianza en sí mismo de los interesados se ha observado últimamente y con frecuencia. Cuando uno se encuentra enfrentado con drogados, la dificultad para conseguir su participación es compleja. Muchos drogados se quejan de aburrirse y de que la vida que llevan es sosa. El autor expresa que no existe receta milagro pero está convencido de que hay que ayudarles a recuperar su propia estima puesto que la mayoría de ellos han perdido toda confianza en sí mismos, factor que explica muchos fracasos.

*JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*, 21 septiembre 1984

STENKVIST, B. y cols. Cribado por el método de Papanicolau y cáncer cervical ¿qué se puede esperar? 1423-26.

Más del 90% de la población femenina total de tres condados suecos con edades entre 30 y 59 años, el 53% de las mujeres entre 60 y 69 años y el 25% de las mujeres mayores de 70 años fueron estudiadas buscando cáncer cervical por el método de Papanicolau durante un período de 10 años. Lo especial del estudio es que en Suecia es posible seguir a toda la población durante sus vidas a través de un registro de población, que tiene sus raíces en el siglo XVIII, natural de los suecos pero casi incomprendible en E.U. o en Gran Bretaña. Cada tinción de Papanicolau tomada, fué registrada por computador y ligada a nivel industrial con el registro de cáncer. Hubo 207.455 mujeres seguidas durante diez años. No se perdieron mujeres de este seguimiento. Hubo un descenso del 75% en la incidencia de cáncer cervical invasor entre mujeres que habían sido examinadas al menos una vez durante el periodo de diez años. Entre las mujeres a las que nunca se les había hecho un exámen, la incidencia de cáncer cervical invasor fué cuatro veces superior que la de las mujeres que habían sido examinadas al menos una vez. Estimamos que el sistema propuesto por el Consejo Médico

Sueco (al menos un examen citológico cada tres años) para el diagnóstico masivo de cáncer cervical puede reducir la incidencia de cáncer cervical invasor a un nivel entre 1 y 5 casos por 100.000 mujeres por año en una población completamente cribada.

CHANDRA, R.K. *La ingestión excesiva de zinc perturba las respuestas inmunitarias*, 1,443-6.

Se examinó el efecto de la administración de grandes cantidades de zinc sobre la respuesta inmunitaria y las lipoproteínas séricas. Once hombres adultos sanos ingirieron 150 mg de zinc elemental dos veces al día durante seis semanas. Esto estuvo asociado con una reducción de la respuesta de estimulación linfocitos a la fito-hemaglutinina así como de la quimiotaxis y fagocitosis de bacterias por leucocitos polimorfonucleares. La concentración de lipoproteínas de alta densidad disminuyó significativamente y el nivel de lipoproteínas de baja densidad aumentó ligeramente. La moda alimentaria frecuente de suplementos de zinc que produce una ingestión excesiva podría tener efectos nocivos en personas sanas.

CIFT, H.C.; MILTON, B. y WALSH, V. *Los médicos y la prevención de las caries*. 1447-1448.

Los médicos conocemos y apoyamos las técnicas de prevención de la caries que comprenden fluoruros especialmente la fluoración del agua de la comunidad o de las escuelas y la prescripción de suplementos dietéticos del fluor. Los médicos en general estamos menos informados acerca del valor relativo de otras medidas de prevención de la caries. El papel del médico practicante en cuanto a proporcionar métodos de prevención de la caries es muy activo, prescribiendo suplementos de fluoruros, aconsejando sobre alimentación y proporcionando educación sobre higiene oral. Se haría mejor prevención de la caries de los niños si se estimulara el interés y la iniciativa de los médicos y se les proporcionara información de forma habitual. Estos hallazgos representan el análisis preliminar de una encuesta por correo hecha a una muestra sistemática de 2.000 médicos que tratan a niños en el país.

MACCOLA, L. y col. *Sífilis congénita. ¿Por qué está ocurriendo todavía?*, 1719-1722.

Un total de 159 casos de sífilis temprana congénita fueron declarados en los Estados Unidos durante 1982, con 50 casos declarados en Texas. Revisamos estos casos en Texas para identificar las características más importantes sobre las cuales centrar los esfuerzos de control, 38 madres eran de 25 años de edad o más jóvenes, 33 no estaban casadas. Todas eran de grupos minoritarios. No existía sífilis congénita en blancos. Las negras tenían doble posibilidad que las hispánicas de tener un niño infectado. Las mujeres hispánicas nacidas en el extranjero tenían 3 veces más posibilidad de tener un niño infectado que las nacidas en Estados Unidos. La asistencia a facilidades de cuidado prenatal afectaban significativamente

al riesgo de tener un niño infectado en ambos casos negras y mujeres hispánicas.

FISCHER, G.W. y col. *Evitación de resultados falso-negativo en hemocultivos por rápida detección de antígeno neumococo*, 1742-1743.

Los resultados falso-negativo de hemocultivos pueden ocurrir en niños con bacteriemia neumocócica debida a autólisis bacteriana. Describimos cuatro pacientes con bacteriemia neumocócica cuyos hemocultivos aeróbicos demostraron parcial o completa autólisis de los neumococos. El antígeno neumocócico sin embargo fué rápidamente detectado en medios de los frascos de hemocultivos, usando una prueba de aglutinación. El procesar los medios antes del análisis fué necesario para prevenir la aglutinación no específica y permitir la detección de una reacción específica. Es importante que los médicos y el personal de laboratorio sean conscientes de que los neumococos pueden rápidamente autolizarse durante la incubación produciendo resultados de cultivos falso-negativos. Los métodos de detección del antígeno pueden proporcionar identificación del agente etiológico rápida y específica.

12 Octubre 1984

MILLS, J.L. y col. *Consumo de Alcohol de la madre y peso de nacimiento del niño. Que cantidad de bebida es inocua durante el embarazo*, 1875-1879.

Fuó examinada utilizando datos recogidos prospectivamente de 31.604 embarazadas, la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo y el peso de nacimiento de los niños. El porcentaje de recién nacidos por debajo del décimo percentil de peso por edad gestacional se incrementó prontamente con la ingesta de alcohol aumentada. Después del ajuste para otros riesgos, una reducción en el peso medio de nacimiento fué vista en las bebedoras comparadas con las no bebedoras que oscilaba desde 14 gramos en aquellas que beben menos de una bebida cada día a 165 gramos en aquellas que beben de tres a 5 bebidas por día. La tasa bruta ajustada a las desigualdades para producir niños pequeños para su edad de recién nacidos comparada con no bebedoras osciló de 1.11 en aquellas que beben menos de una bebida diariamente a 1.96 en aquellas que beben de 3 a 5 bebidas diariamente. El consumir al menos, 1 a 2 bebidas diariamente fué asociado con un sustancial incremento del riesgo de producir en el niño un crecimiento retardado. Recíprocamente, el consumir menos de una bebida diariamente tenía un efecto mínimo sobre el crecimiento intrauterino y el peso de nacimiento.

MAULLA, K. *Culpabilidad y responsabilidad de conductores heridos hospitalizados afectados por el alcohol. Estudio prospectivo*, 1880-1883.

Durante el periodo de 3 años que finalizó en octubre de 1982 los registros de conductores, informes de accidentes y las concentraciones de alcohol en sangre fueron

relacionadas con 56 conductores dañados por el alcohol bastante seriamente heridos para justificar la admisión en el hospital. Los niveles de concentración de alcohol en sangre excedían de 0.15 vol% en todos los pacientes. A pesar del alto nivel de sospecha de implicación del alcohol y valoración de culpabilidad por el oficial ejecutor en el lugar, no hubo pruebas de la conducción bajo la influencia del alcohol (DUI) entre la población de bebedores problema. Los heridos parecen ofrecer una protección adicional de la ejecución de las normas de DUI, y si el paciente sobrevive a sus heridas permite al transgresor recuperar la conducción sin prohibiciones.

PENDEL, P. y col. *Toxicidad de los estimulantes de venta libre*, 1898-1903

Los estimulantes de venta libre (fenilpropalamina, hidrocloreuro de efedrina, pseudoefedrina, cafeína) son usados ampliamente como descongestivos, agentes anorexícos, sustitutos de anfetamina y "estimulantes legales". Los efectos tóxicos pueden ser de la sobredosis, interacción de la droga o enfermedades que incrementan la sensibilidad a los agentes simpatomiméticos. El más importante efecto tóxico del antagonista alfa adrenérgico de fenilpropanolamina es la hipertensión que puede desembocar en encefalopatía hipertensiva o hemorragia intracerebral. El índice terapéutico de fenilpropanolamina es bajo y puede ocurrir una hipertensión grave después de la ingestión de menos de 3 veces la dosis terapéutica. La efedrina y pseudoefedrina pueden también causar hipertensión así como taquiarritmias debido a la estimulación B-adrenérgica. Las reacciones tóxicas a la cafeína están caracterizadas por agitación, convulsiones, taquiarritmias e hipotensión. El manejo de las reacciones tóxicas estimulantes de venta libre incluye el control de la hipertensión con un vasodilatador que actúa rápidamente, B-bloqueadores para taquiarritmias y control de las convulsiones.

LANGE, M. y col. *Aislamiento de citomegalovirus de hombres homosexuales sanos*, 1908-1910.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA ha centrado un interés renovado sobre el citomegalovirus (CMV) tanto como complicación infecciosa del síndrome como agente etiológico potencial en la patogénesis de la inmunosupresión. Estudiamos 30 hombres homosexuales sanos en la Ciudad de Nueva York para determinar la prevalencia de la excreción de virus y su relación con anticuerpos CMV-IgM y a los subconjuntos de linfocito T. El Citomegalovirus fue detectado en la orina y/o semen de 11 sujetos. Ocho de 11 CMV eliminadores de CMV-IgM fueron positivos a CMV IgM pero se encontró el CMV-IgM en sólo uno de los 19 que no eliminaban el virus. Mientras los homosexuales como grupo tenían tasas más bajas de OKTa/OKT8 ( $0.8 \pm 0.4$  media  $\pm$  SD) que los controles heterosexuales ( $1.8 \pm 0.4$  media  $\pm$  SD) no hubo diferencia significativa en las tasas entre homosexuales que excretaban virus y aquellos que no excretaban virus. La excreción de citomegalovirus por hombres homosexuales parece ser más prevalente que la aceptada previamente y puede suponer un riesgo significativo de transmisión sexual.

19 Octubre 1984

MANZELLA, J.P. y col. *Un brote de Gingivostomatitis en una consulta de Higiene Dental por Virus Herpes Simple Tipo I. 2019-2022.*

Un brote de gingivostomatitis por Virus Herpes Simple, Tipo I ocurrió en una consulta de higiene dental en noviembre de 1981. Una investigación epidemiológica descubrió que 20 de 46 pacientes vistos por el higienista dental durante un periodo de 4 días tenían esta enfermedad, mientras que ninguno de los 26 pacientes vistos por el dentista se enfermaron. Un día después del brote, al higienista le fué encontrado un panadizo herpético. Se aisló un HSV del tipo I con idéntica enzima de restricción de la endonucleasa, del dedo índice izquierdo del higienista y de 9 de los 16 pacientes. Los nueve pacientes con cultivos positivos todos tenían, al menos un incremento de 4 veces en el título de anticuerpos fijadores de complemento. Un aumento significativo similar del título indicó otros siete casos.

MORRIS, E. P. y col. *Leche no pasteurizada. Los riesgos de una salud fetiche.* 2048-2952.

Las diferencias significativas en el valor nutricional entre leche pasteurizada y no pasteurizada no han sido demostradas y otros beneficios aportados del consumo de leche cruda no han sido comprobados. Recíprocamente el papel de los productos lácteos no pasteurizados en la transmisión de enfermedades infecciosas ha sido establecido repetidamente. Para aconsejar efectivamente a los pacientes atraídos por los reclamos de salud para la leche cruda, los médicos que ejercen deben comprender tanto la exposición razonada usada por los proponentes de la leche cruda como la magnitud del riesgo implícito en los bebedores de leche cruda.

*JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH*, julio-septiembre, 1984.

ROBERTSON, J.S. *Sodio en el agua, electrolitos en orina y presión sanguínea en adolescentes*, 186-194.

Se hicieron medidas de presión sanguínea en niños en su cuarto año de escuela secundaria en partes del Distrito Sanitario Scunthorpe dotado de agua de bebida de contenido variable de sodio. De los 3.131 niños, 2.740 fueron examinados (1.394 chicos y 1.346 chicas). Los muchachos tenían mayores presiones sistólicas y ligeramente menores presiones diastólicas que las chicas. No hubo diferencia entre las distribuciones de la presión sanguínea en niños en zonas con suministro de agua que contenían 105 mg/l, 50 mg/l o menos de 15 mg/l de sodio. Se encontraron pequeñas diferencias en los pesos de los niños de estas zonas y ligeramente más de los niños en la zona con suministro de agua que contenían más de 105 mg/l de sodio tenían parientes que habían sido tratados por hipertensión. La normalización por estos factores no mostraron

ninguna relación entre la salinidad del agua y la presión sanguínea sistólica o diastólica. Estudios del sodio, potasio urinarios y las ratios de éstos con la creatinina sobre una muestra de 769 muchachos no mostraron relación con las variaciones de ingestión usual de sodio, pero el sodio urinario se correlacionó bien con la ingestión de sal y de líquido en la comida que precedió inmediatamente al examen. La relación entre presión sanguínea media y concentración de sodio urinario y falta de una clara relación con la tasa de sodio creatinina apoya la hipótesis que puede ser la ratio de sal a ingestión de líquido más que el sodio total de la dieta lo que es importante para la regulación de la presión sanguínea.

CHIBA, K. y cols. *Variabilidad de la concentración de colesterol de lipoproteínas de alta densidad en suero en sujetos sanos en un plazo de tres años, 195-197.*

Las medidas en suero de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL-C), colesterol (TC) y triglicéridos (TG) fueron repetidos en 170 mujeres granjeras aparentemente sanas una vez al año durante tres años (1980-2) para examinar la variabilidad de los resultados dentro del mismo individuo. Aunque los valores medios de HDL-C y TC variaron en cierta extensión año por año, mayores coeficientes de correlación entre cualquier par y menores coeficientes de variación en las tres medidas anuales indicaron que la variabilidad de HDL-C y TC dentro del sujeto es mucho menor que la de TG. La variación de HDL-C pareció estar asociada con la Lipidemia. Cuando se eliminaron los efectos de edad y menopausia, se encontró que la gente no normolipidémica tenía mayor variación individual tanto en HDL-C y TG. Se destaca la importancia de la determinación de TG para evaluación de HDL-C en el examen de salud.

HELLER, R.F. y cols. *Clase social y cardiopatía isquémica: uso de la ratio hombre-mujer para identificar posibles riesgos ocupacionales. 198-202.*

En Inglaterra y Gales ha habido un creciente exceso de tasas de muerte por cardiopatía isquémica (CI) entre hombres y mujeres de clases sociales IV y V comparado con los de clases I y II y este exceso es mayor en los jóvenes que en adultos mayores. El exceso de varones sobre mujeres en las tasas de muerte por CI es mucho mayor en las clases sociales I y II que en las clases IV y V. Aunque los hombres en ocupaciones profesionales tienen poco riesgo de CI en comparación con hombres en otras ocupaciones profesionales, las mujeres casadas con hombres profesionales tienen un riesgo incluso menor en comparación con otras mujeres. También, las mujeres casadas con hombres en ocupaciones no especializadas tienen unas tasas relativamente mayores de CI que sus maridos. Estas pautas no se ven para "todas las causas", enfermedad cerebrovascular, bronquitis crónica o cáncer de estómago, en que los gradientes de mortalidad por clase social son semejantes en hombres y en mujeres. Puede haber pues factores asociados con ocupaciones profesionales que aumentan el riesgo de CI a pesar de las tasas relativamente bajas de muerte de hombres ocupados en

ellos. Además puede haber factores que actúan en mujeres de las clases sociales IV y V que las ponen en un riesgo particularmente alto para el desarrollo de CI.

GRISSE, J.A. y cols. *Consumo de alcohol y resultados del embarazo, 232-235.*

En un estudio prospectivo se pidió a 1.256 embarazadas en su primera visita prenatal si bebían alcohol cada día, ocasionalmente, o no bebían, tanto al tiempo del diagnóstico del embarazo como antes. No hubo diferencias significativas entre los tres grupos alcohólicos en la proporción de abortos, muertes perinatales, anomalías congénitas o partos prematuros. Las mujeres que declararon que bebían cada día antes del diagnóstico de embarazo tenían niños más pesados que las que no bebían en absoluto, pero no hubo diferencias en el peso medio al nacer según el uso de alcohol en la primera visita prenatal. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en importantes características de base, tales como clase social, edad, hábito de fumar y estado civil. Cuando se hicieron ajustes por estos factores, el consumo de alcohol tanto ocasional como diario antes del embarazo pareció que tenían efectos significativamente positivos sobre el peso al nacer. Estos resultados ilustran la dificultad de evaluar los efectos del alcohol en estudios observacionales e implica la necesidad de precaución para atribuir efectos negativos o positivos del alcohol sobre el resultado del embarazo.

MURRAY, M. SWAN A. V. y CLARKE, C. *Efectos a largo plazo de un programa antitabaco basado en la escuela, 247-252.*

En los inviernos de 1977-78 y 1978-79 se enseñó a unos 400 niños en siete escuelas primarias en el norte de Inglaterra el programa de educación sanitaria "Mi cuerpo". En las primaveras de 1980 y de 1982 estos niños y un grupo control ajustado por edad, contestaron un cuestionario acerca de su conducta, conocimientos y actitudes respecto al tabaco. La comparación de los dos grupos sugirió que el programa había tenido un efecto positivo sobre los muchachos pero un efecto despreciable o incluso negativo sobre las chicas. Se discutieron varias sugerencias respecto a las razones para este impacto diferencial.

*JOURNAL OF SCHOOL HEALTH*, Septiembre 1984.

GERMER, P. *Como los compañeros perciben a la chica que fuma, 285-287.*

Se recogieron datos sobre la percepción por los compañeros de dos chicas imaginarias de 17 años; una fumadora y otra no fumadora. Una muestra de 212 chicos mayores de escuelas superiores completaron un impreso de cuestionario de perfil de la personalidad que contenía una historieta biográfica de una Laura fumadora y otra

Laura no fumadora. Los sujetos del estudio puntuaban los caracteres imaginarios sobre 30 rasgos de personalidad. Los hallazgos sugirieron que las compañeras detectaron los rasgos de personalidad de las chicas fumadoras más negativamente que la contrapartida de no fumadoras. Se hicieron recomendaciones para la aplicación de los hallazgos a los programas de prevención del hábito de fumar y cese, en las adolescentes.

REID, S.M. y col. *Un grupo de trabajo sobre trastornos neurológicos para enfermeras escolares*, 306-307.

El grupo de Trabajo sobre trastornos neurológicos fue una experiencia de educación continuada para enfermeras escolares en el centro de Vermont. Examinó problemas clínicos, neurologicamente relacionados, comunmente encontrados por las enfermeras escolares tal como un cribado (screening) neurológico, retraso mental, convulsiones, trastornos del sistema motor, trastornos de la atención y comportamiento, instrumentos de diagnóstico de cribado y fuentes referenciales. En los 6 días del grupo de trabajo (cinco días consecutivos, más uno siguiente, después de 4 meses) se usaron presentaciones didácticas, demostraciones, y experiencias prácticas. Después del grupo de trabajo se llevó a cabo una evaluación escrita.

Octubre 1984

GOODWIN, L.D. y cols. *Evaluación del Programa de Logros de las Enfermeras Escolares, encuesta de seguimiento de las enfermeras escolares*, 335-338.

El Programa de Logros de las Enfermeras Escolares de la Universidad de Colorado (SNAP) es un programa nacional de educación continuada para enfermeras escolares que desean ampliar y mejorar los servicios que proporcionan a estudiantes incapacitados. En este artículo se refieren los resultados de uno de los estudios de evaluación realizado sobre SNAP – una encuesta de seguimiento durante seis meses de los graduados. Generalmente los resultados indicaron una gran eficacia reconocida del SNAP en términos de mayores conocimientos y habilidades de las enfermeras escolares en relación con su trabajo con estudiantes incapacitados. Estos hallazgos deberían ser válidos para los lectores interesados en SNAP, en especial, así como para los interesados en el papel de la enfermera escolar con los estudiantes incapacitados.

HOLCOMB, J.D. y cols. *Integración de la Educación Sanitaria Cardiovascular en un programa de inglés en una escuela secundaria*, 339-342.

El fin de este estudio fue valorar el impacto sobre la retención de conocimientos y actitudes de una unidad de educación sanitaria cardiovascular que se integró en clases de inglés de una escuela secundaria. El programa integrado fue una ampliación

de una investigación previa sobre el Programa de Salud Escolar Cardiovascular que se desarrolló por el Centro Nacional de Demostración e Investigación sobre Corazón y Vasos Sanguíneos del Baylor College of Medicine. Los resultados de este estudio apoyaron la hipótesis de que la educación sanitaria cardiovascular puede integrarse con éxito dentro del programa de inglés de las escuelas secundarias. El esfuerzo conjunto entre la educación sanitaria y un arte liberal ayudó a los estudiantes a retener hechos importantes relacionados con las enfermedades cardiovasculares y a mantener actitudes más positivas hacia sus capacidades para controlar sus riesgos cardiovasculares.

WILSON, R.W. y HIGGINS, C.W. *Conducta tabáquica y cosecha de tabaco*, 343-346.

El objetivo de este estudio fue medir la influencia de la presencia física y económica de la cosecha de tabaco sobre la conducta tabáquica y actitudes relacionadas con ella de los adolescentes en las regiones que cultivan tabaco. Una muestra estratificada al azar de todos los grados de las escuelas en cuatro condados de Kentucky proporcionó una muestra de 1.322 estudiantes. Se creó una variable denominada Intensidad de Cosecha de Tabaco (ICT), basada en las libras de tabaco vendidas por población y por área de terreno. Se determinó que los condados se polarizarán sobre esta variable, dos condados tenían una cosecha significativamente mayor. Se encuestaron y compararon estudiantes de pares de condados. Los resultados indican que los jóvenes que viven en los condados con gran intensidad de producción de tabaco o cuyos padres cultivan tabaco tenían doble probabilidad de fumar cigarrillos, algunas de sus actitudes y creencias indican una mayor predisposición a fumar cigarrillos. Se discuten las consecuencias para las políticas agrícola y educativa.

PAPENFUSS, R. y BEIER, B.J. *Desarrollo, ejecución y evaluación de un Programa de Educación en el Bienestar*, 360-2.

Un Inventario de Conducta de Bienestar y un programa de educación para el bienestar fueron desarrollados y ejecutados para determinar la eficacia del programa para cambiar las actitudes y las conductas de los estudiantes del décimo grado respecto al bienestar. Los grupos experimental (N=24) y control (N=24) completaron el Inventario de Actitudes de Bienestar y el Inventario de Conducta de Bienestar desarrollados por los investigadores como prueba previa, cuatro semanas después como prueba posterior y otras cuatro semanas después como una prueba más posterior. El grupo experimental participó en programas educacionales de cuatro semanas y 800 minutos entre la prueba previa y la posterior mientras que el grupo control no recibió tratamiento de intervención. Los grupos fueron ajustados por edad, CI, y sexo. La investigación llegó a la conclusión de que el programa educativo fue eficaz para aumentar las actitudes y conductas positivas hacia el bienestar entre estudiantes seleccionados de décimo grado. Un estudio de seguimiento se realizó y se usó un cuestionario adicional para identificar a los alentadores y/o desalentadores y participantes que continuaron practicando y no practicando conductas de bienestar.

LA PRESSE MÉDICALE. ED. ESPAÑOLA, Octubre 1984.

CUADRADO MENDEZ, L. y cols. *Anticuerpos anti Toxoplasma gondii en enfermos de leucemia*. Pág. 433-436.

Se han analizado 33 sueros pertenecientes a personas de la provincia de Valencia afectas a distintos tipos de leucemias, frente a *Toxoplasma gondii* utilizando la prueba de IFI. El 75,75% de estos leucémicos presentaba anticuerpos contra el parásito a diferencia de la población sana de la misma provincia analizada por la misma técnica que alcanzaba un 50,36%. El 21,21% de dichos sueros tenía 350 UI (equ. a la dilución 1.400) llegando algunos sueros hasta diluciones superiores a 1:1600 (1400 UI). Se comentan los resultados obtenidos en función de la edad, sexo, tipo de leucemia y tratamientos previos. Al mismo tiempo, se estudia la posibilidad de una elevación de la frecuencia de positividad por las transfusiones recibidas, llegando a la conclusión de que este riesgo es muy limitado. Ante estos resultados, se sugiere que se estudie la serología toxoplásmica en los enfermos leucémicos, para tener un diagnóstico precoz de esta parasitosis e instaurar inmediatamente la terapia contra el toxoplasma, asimismo, se aconseja el seguimiento serológico continuado del protozoo en estos enfermos.

MEMORIAS DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ, Julio-Septiembre 1984

ANDRADE CHIARI C. y PEREIRA NEVES, D. *Toxoplasmosis humana a través de la ingestión de leche de cabra*, 337-340.

La aparición de toxoplasmosis aguda en tres miembros de una misma familia estuvo relacionado con la ingestión de leche de cabra, no pasteurizada y no hervida. Las cabras se criaban sueltas alrededor del domicilio para suministro de leche. Se detectaron anticuerpos fluorescentes anti-toxoplasma en los quince animales examinados, habiendo presentado ocho cabras títulos superiores a 1:1024 y en las cinco cabras lactantes estos títulos variaban de 1:1024 a 1:32.768. Se aislaron taquizoitos, por inoculación en ratones de leche de una de estas cabras. Los perros criados en la misma casa no presentaban síntomas de toxoplasmosis a pesar de que se produjo pérdida de una camada de una perra, en todos los perros se detectaron bajo niveles de anticuerpos. Se consideró menos probable la posibilidad de que las infecciones humanas pudiesen ser debidas a la ingestión de alimentos contaminados con ooquistes.

PEDIATRICS. ED. ESPAÑOLA, septiembre 1984

LOFFE, S. y cols. *Efectos prolongados de la ingestión materna de alcohol sobre el EEG del recién nacido*, 144-148.

Hemos demostrado previamente que los recién nacidos de madres fuertemente bebedoras durante el embarazo ( $>60$  g de alcohol/día) presentan una hipersincronía en su EEG. El presente estudio se llevó a cabo para comprobar si la hipersincronía estaba relacionada con la interrupción brusca de la ingesta de alcohol. Once recién nacidos pretérmino, hijos de madres fuertemente bebedoras ("alcohólicas") fueron estudiados a la edad posnatal de 4 a 6 semanas utilizando el análisis espectral de la potencia de las señales del EEG. Este grupo se comparó con un grupo control de características raciales y socioeconómicas similares. Además un grupo de 10 recién nacidos pretérmino "sanos" fué comparado con un grupo control seleccionado de modo que presentara características similares. La potencia total del EEG durante las fases del sueño tranquilo indeterminado y REM fué de un 162, 183 y 188%, respectivamente, en los lactantes "alcohólicos" en comparación con sus controles o con los recién nacidos pretérmino sanos y sus controles. Llegamos a la conclusión de que la ingestión de alcohol durante el embarazo puede dar lugar a efectos prolongados potencialmente graves sobre la función cerebral del hijo, incluso en ausencia de alteraciones morfológicas. El alcoholismo es un grave problema de salud pública y se estima que en EE.UU. existen 13 millones de personas con un problema de este tipo, entre la población de edad superior a los 14 años. El abuso de alcohol durante el embarazo puede dar lugar a anomalías graves en el feto en desarrollo. Nuestros estudios sugieren que el alcohol puede producir en el cerebro del feto efectos más sutiles que los considerados hasta ahora. La ingestión excesiva de alcohol por la madre durante el embarazo ( $>60$  g de alcohol/día) se asocia a una hipersincronía del EEG en el hijo, cuando el EEG es obtenido pocos días después del nacimiento. Estos niños presentan a menudo mayor irritabilidad y temblor que los recién nacidos normales. La hipersincronía del EEG parece específica para el alcohol y no relacionada con otros factores maternos, tales como el hábito de fumar. El presente estudio se llevó a cabo para determinar si los hallazgos electroencefalográficos representan un síndrome de abstinencia de alcohol o un efecto prolongado potencialmente más grave sobre la función cerebral.

BAR, H.M. y cols, *Influencia del consumo del alcohol, tabaco y cafeína durante el embarazo sobre el tamaño corporal del lactante a los 8 meses de edad*, 149-155.

Para determinar la posible existencia de una relación entre el consumo del alcohol y cafeína y el hábito de fumar con el tamaño natural del lactante a los 8 meses de edad, se examinó a un grupo de 453 recién nacidos en el momento del nacimiento y nuevamente al cumplir los 8 meses. Incluso después de efectuar el ajuste para otras variables relevantes, el consumo materno de alcohol durante las primeras fases del embarazo (autovaloración del promedio de gramos de alcohol absoluto) guardó una correlación significativa con el peso y la talla del lactante a los 8 meses de edad, aunque no se relacionó tan claramente con el perímetro craneal. El hábito de fumar materno y el consumo de cafeína durante el embarazo no se correlacionaron significativamente con el tamaño corporal del lactante a los 8 meses, aunque la nicotina tuvo una influencia importante sobre el tamaño corporal en el momento del nacimiento en esta población. El consumo materno de marihuana se correlacionó significativamente, en sentido

negativo, con la talla a los 8 meses de edad, pero no con el peso ni el perímetro craneal. La magnitud del retraso del crecimiento apareció inferior a los 8 meses que en el momento del nacimiento dentro de esta población de lactantes cuyas madres eran fundamentalmente de raza blanca, casadas, con un buen nivel de educación y comunicación diversos patrones de consumo de alcohol. Se utilizaron los análisis de regresión múltiple ajustados para los efectos de la nicotina, la cafeína, el orden de nacimiento, la estatura materna y la edad gestacional así como para el sexo y la edad del lactante en el momento del estudio.

KUMAR, L.M. y cols. *Infección primaria por citomegalovirus en adolescentes gestantes*. págs. 243-250.

Un estudio prospectivo sobre 3,253 adolescentes embarazadas identificó 1,404 casos seronegativos frente a citomegalovirus (CMV). La toma de muestras en cada visita prenatal, incluyendo orina para cultivo vírico y suero para determinación de anticuerpos fijadores del complemento, permitió establecer el diagnóstico de infección primaria por CMV en 14 pacientes (1%). Siete de los 14 casos dieron a luz recién nacidos con infección congénita, incluyendo 5 de 7 adolescentes con infección en el tercer trimestre, y 2 de 5 casos con infección en el segundo trimestre. En el único caso de infección materna durante el primer trimestre de la gestación nació un niño no infectado, a pesar de las viremias maternas recurrentes. El peso medio de nacimiento de los recién nacidos afectados de infección congénita no se diferencia significativamente del peso medio de nacimiento observado para los recién nacidos no infectados. Ninguno de los recién nacidos presentó estigmas de la enfermedad de inclusiones citomegálicas. Uno de los recién nacidos falleció a las 6 semanas de edad por un cuadro de neumonía. El control de seguimiento de los 6 recién nacidos supervivientes no logró identificar secuelas intelectuales, de la conducta o auditivas. Estos datos demuestran que la infección primaria materna por CMV se produce en el 1% de las mujeres susceptibles, asociándose con un riesgo del 50% de infección intrauterina. La infección fetal, especialmente cuando se produce en las últimas fases del embarazo, no se acompaña invariablemente de manifestaciones lesionales.

POPULATION, Julio-Octubre 1984

JOUKHADAR, A.H. *Un método rápido de cálculo de la esperanza de vida activa masculina*. Pág. 751-754.

En este artículo se propone un método de cálculo de la esperanza de vida activa masculina a partir de la esperanza de vida al nacer y del número bruto de años de vida activa (o esperanza de vida activa en ausencia de mortalidad). Se establece en efecto una relación simple entre estos tres parámetros: la esperanza de vida activa es igual al producto del número bruto de años de vida activa por una función lineal de la esperanza de vida al nacer. Esta relación proporciona resultados muy satisfactorios al ser

ensayada en 25 países para los cuales se conocen todos los datos y cuando se prueba con la ayuda de un juego de tablas-tipo de mortalidad. Se obtienen resultados aún más favorables si se clasifican los países según el modelo de mortalidad.

PLAUCHU, H. y col. *Epidemiología de la concentración geográfica de una enfermedad hereditaria rara y constitución de un registro de población*. Págs. 765-786.

Los autores presentan los resultados de un estudio rerealizado a partir del hallazgo de una concentración geográfica de una enfermedad hereditaria rara (la genopatía de Rendu-Osler) en los montes de Jura del departamento de Aín. Se trata de un estudio doble: constitución de un banco de datos en torno a las cuatro aldeas que constituyen el foco de la enfermedad y en seguida el estudio de la difusión espacial del gene a partir de ese foco. La constitución del registro de enfermedades amplía el enfoque puramente epidemiológico y permite el estudio de numerosos aspectos comunes de los datos demográficos y genéticos recolectados en las cuatro aldeas bajo observación. El aspecto original del estudio epidemiológico está caracterizado por la metodología empleada y especialmente por la encuesta postal que se efectuó para incluir en forma exhaustiva todos los casos pertinentes.

*PSICOPATOLOGIA*, julio-septiembre, 1984.

MIRET MAGDALENA, E. *La necesidad psicológica y social de la familia*, 201-210.

Con una reflexión sobre la agresividad y la violencia y su modo de expresión en nuestro mundo, el autor va delimitando las carencias y los fallos de la función familiar que tienen lugar como desembocadura final de la hostilidad. De esta forma pasa revista al papel maternal, la ausencia de la función paternal, como primer factor anómico, carencia afectiva en el seno familiar y el valor de la convivencia fraternal. Finaliza el autor afirmando la falta de evolución coherente de la familia, como si de la fase autoritaria anterior se hubiera pasado a una "dejación", quedando pendiente la forma de familia adecuada a nuestra cultura.

GUILLO FERNANDEZ, P. *Aspectos psicodinámicos de la familia del alcohólico*, 213-219.

A partir de distintas teorías fenomenológicas y psicodinámicas que explican la vulnerabilidad psicológica del alcohol, se construye una teoría de la matriz caracterológica a partir de la cual el bebedor alcohólico realiza la reelección de pareja e inicia la construcción de la familia nuclear. Tal matriz caracterológica depende del grado de evolución alcanzado en el desarrollo psicosexual de la persona, que para el alcohólico y su pareja se puede ubicar en una insuficiente consolidación de la fase

simbiótica de crecimiento, con una pobre realización de la fase de separación-individuación. Se estudia el tipo de comunicación y de relación que se instauran, por medio de las cuales la pareja deberá satisfacer una triple necesidad recíproca; la evitación de la intimidad, actitud receptivo-pasiva y deseos de independencia.

CARBONELL MASIA, C. *Familia y drogodependencia*, 221-226.

Las relaciones familiares tiene una gran importancia en la génesis o en el mantenimiento de las drogodependencias. Se hace referencia de un modo especial a la descripción de la madre y del padre del drogadicto y a las tensiones que existen entre ellos, así como la repercusión que esta dinámica puede tener en la conducta del hijo drogadicto. Con frecuencia el drogadicto se ve sometido a mensajes opuestos y contradictorios en su propio ambiente familiar. En este trabajo se compara un grupo de 26 drogadictos (19 hombres y 7 mujeres) con un grupo control, mostrándose las diferencias significativas que existen entre ambos, sobre todo en relación a la permanencia en el hogar de los padres. Estos datos irían a favor de considerar a los drogadictos más dependientes de sus familias.

PANCHERI, A.: *Aproximación familiar e individual a los problemas planteados por las toxicodependencias (aproximación contextual)*, 227-230.

El autor intenta definir en su exposición una triple aproximación a los problemas planteados por las toxicodependencias: aproximación familiar, individual y contextual. Postula un sistema en el que el tóxico es, junto con los componentes de la familia y con los elementos institucionales, uno de los interlocutores "vivos". Seguidamente define determinadas directrices de los sistemas en los que existe una toxicodependencia. Finalmente, basándose en dichas características, proporciona una serie de indicaciones en las que puede basarse la acción terapéutica.

ALONSO FERNANDEZ, F. *Papel del grupo familiar de orientación en el desarrollo de la alcoholdependencia infanto-juvenil*, 231-240.

Se describe la familia alcoholómana, caracterizada por la acumulación de alcohólicos entre padres e hijos, como un grupo disfuncional sobre todo en lo que se refiere a la comunicación y los vínculos de afectividad entre sus miembros. La transmisión de esta enfermedad se efectúa a través de la convivencia que aporta a la personalidad unas disposiciones muy desfavorables para la comunicación con los demás y la planificación, de modo que estos sujetos se ven sumidos en situaciones de soledad y desesperanza, de las que buscan evadirse mediante el concurso del alcohol. Con mucha frecuencia se produce el tipo de mujer "repetidora" de alcohólico, hija de padre alcohólico, que se casa con alcohólico o que une sus destinos sucesivamente con varios compañeros alcohólicos. La gran extensión que toma el alcoholismo en los países latinos no se debe a la peor calidad de nuestros grupos familiares, sino a la falta de medidas

legales protectoras, similares a las adoptadas por Suecia, Inglaterra y otros países. La defensa del país contra el alcoholismo y las demás drogodependencias experimentaría una gran revulsión si se creasen unidades o servicios para familias de alcohólicos y drogadictos.

ARCHAMBAUL, J.C. *El alcohólico y la interacción familiar*, 241-246.

El autor insiste en la dimensión existencial del alcoholismo y describe que progresivamente el alcohólico se ve atrapado en un sistema alcoholcéntrico. Los miembros de la familia de un alcohólico interaccionan con él, mediante mecanismos de retroacción, y crean así un sistema homeostático. Esta aproximación sistémica es solo una referencia metodológica para comprender mejor el funcionamiento de la familia del alcohólico y evitar que la terapéutica desarrollada provoque el efecto contrario al deseado.

LEWIS, E. *El impacto del nacimiento de un niño muerto en la familia*, 297-302.

La muerte connatal es una experiencia devastadora para la familia. Puede resultar un problema psiquiátrico importante en algún miembro de la familia tanto en el momento como con posterioridad, principalmente en relación a la dificultad de elaboración del duelo. Problemas psiquiátricos son a menudo reactivados inesperadamente en el siguiente embarazo o puerperio. Otros niños, especialmente el siguiente niño, "de sustitución", también mantiene problemas en la siguiente generación en la madurez y ante su paternidad. Se describen consideraciones teóricas sobre el tema y recomendaciones sobre el manejo y tratamiento de la muerte neonatal en el momento y durante el siguiente embarazo, así como en los casos en los que el manejo de la pena no ha tenido éxito.

REVISTA CHILENA DE NEUROPSIQUIATRÍA, julio-septiembre 1984.

OYARZUN, F. *Aspectos fundamentales de una orientación médico-anropológica*, 201-204.

El fin de este trabajo es ofrecer una visión sinóptica de la orientación médico-anropológica elaborada por el autor a lo largo de muchos años. Primeramente se ponen de relieve los aspectos fundamentales de la idea de persona humana, que son la base de este enfoque. Esencialmente, la persona se concibe como una estructura de sentido que se manifiesta como una configuración expresiva fisionómica-simbólica. En segundo lugar se establecen las relaciones entre normalidad y anormalidad dentro de la actual perspectiva antropológica. El hecho psicopatológico se concibe como una peculiar alteración personal siendo las diferentes formas de pautas de alteración personales que tienen sus propias manifestaciones expresivas. En tercer lugar, se marca

la actitud psicoterapéutica útil frente a ellas. Finalmente, se establecen algunas conclusiones epistemológicas, junto con las proyecciones de este enfoque antropológico concreto hacia la antropología humana en un sentido general.

TRUCCO, M. *Epidemiología del alcoholismo en el medio laboral*, 205-210.

Se revisan los principales tipos de investigaciones epidemiológicas sobre alcoholismo ocupacional. Estas son: mortalidad ocupacional debida al alcoholismo, b) estudios de poblaciones clínicas, c) estudios de la población general, d) estudios de ocupaciones específicas. Se llega a la conclusión de que: 1) el alcoholismo y el abuso en la bebida predominan en los hombres de más de 40 años de edad, 2) hay importantes diferencias en la prevalencia del consumo abusivo, entre ocupaciones y dentro de éstas, 3) varias características del lugar de trabajo parece que determinan la amplitud de la bebida excesiva y entre ellas, la presión social, la disponibilidad de bebidas alcohólicas y la estructura organizativa, 4) la pérdida de trabajo y desempleo parece afectar a los individuos de forma diferente, dependiendo de si previamente eran bebedores excesivos o no.

REVISTA ESPAÑOLA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO, octubre 1984.

RUIZ OCHOA, V. *Estudio epidemiológico en la enfermedad de Crohn en Galicia en el período de 1976 a 1983*, págs. 273-279.

Se exponen los resultados del segundo estudio epidemiológico cooperativo y multicéntrico, realizado en Galicia para la Sociedad Gallega de Patología Digestiva durante el período de 1976 a 1983. Se diagnosticaron 152 casos, resultando una frecuencia de 0,8 casos por año y 100.000 habitantes. Esta cifra es 5,7 veces superior a la del primer estudio (1966-76) lo que confirma que la frecuencia sigue ascendiendo. Los varones fueron más afectados que las mujeres ( $p < 0,01$ ) y predominó la edad comprendida entre los 20 y 29 años. La frecuencia fué mayor en la población urbana que en el medio rural ( $p < 0,01$ ). Se comparan los resultados con los publicados en la literatura mundial, siendo la frecuencia del período 1968-1982 similar al estudio de Madrid y Asturias, pero muy inferior a los del Norte de Europa.

VAZQUEZ IGLESIAS, J.L. y col. *Epidemiología del alcoholismo en la provincia de La Coruña. Su importancia en las enfermedades hepáticas*, pág. 281-287.

Se ha realizado un estudio de valoración de la frecuencia del alcoholismo en la provincia de La Coruña, utilizando un cuestionario de preguntas cortas (CAGE test), el cual fué formulado a 826 personas, en proporciones parecidas de ambos sexos, tanto

en medio rural como urbano. Asimismo se estudian dos grupos de enfermos, por una parte, enfermos hepáticos con hábito etílico en número de 225, a todos los que se les hicieron estudios histológicos del hígado, por otra 50 enfermos alcohólicos a los que se les hizo un estudio detallado para valorar posible afectación hepática. El número de alcohólicos en la provincia de La Coruña es superior al 21%, siendo su frecuencia superior entre los varones. Cirrosis hepática es la hepatopatía encontrada en las tres cuartas partes de bebedores desde la niñez cuando consultan por problemas hepáticos. Casi una cuarta parte de los enfermos alcohólicos presentan algún tipo de daño hepático, encontrándose cirrosis en el 14% de los alcohólicos.

*REVISTA ESPAÑOLA DE PEDIATRIA*, septiembre-octubre, 1984.

GONZALEZ, F.F. y cols. *Ingestión de cáusticos en niños*, 365-368.

Se han revisado las historias de 36 niños que ingirieron cáusticos de diversa naturaleza. En todos se realizó una esofagoscopia precoz, dentro de las primeras veinticuatro horas. Las lesiones se clasificaron según la escala de Hawkins y cols. El 37,2 por 100 (13 niños), no mostraron lesiones en un primer examen endoscópico; 25,6 por 100 (nueve) mostraron lesiones grado I y, el 37,2 por 100 (13), lesiones grado II. En ningún caso aparecieron lesiones de grado III. Presentaron signos clínicos 16 niños (45,72 por 100). De los que no presentaron síntomas (19) 12 tuvieron una endoscopia normal; cuatro tenían lesiones de grado I, y tres lesiones de grado II. En controles posteriores no se ha encontrado en ningún caso entenosis. Dada la falta de correspondencia entre las lesiones bucales y/o síntomas y la existencia de lesiones esofágicas, es útil la realización de endoscopia precoz, dentro de las primeras 24 horas.

*REVISTA IBERICA DE PARASITOLOGIA*, julio-septiembre, 1984.

CASADO ESCRIBANO, N, y col. *Evaluación de preparados antigénicos mediante una modificación de la técnica de IFI en hidatidosis*, págs. 235-245.

Se estudia la calidad antigénica de protoescolex de *E. granulosus* de origen ovino y equino, fijados y conservados en una mezcla de formol-albúmina bovina. La evaluación se realizó con sueros de conejo hiperinmunizados con antígeno hidatídico y sueros de conejos normales. La prueba de IFI se realizó en porta, describiéndose un nuevo método para asegurar la adherencia de los protoescolex al mismo mediante una fina capa de agarosa, lo que permite una adherencia del 100%. Los resultados obtenidos permiten concluir que los preparados antigénicos estudiados, mantienen sus propiedades durante todo el periodo experimental considerado (doce meses). No se aprecian diferencias en relación con el origen —ovino, equino— de los protoescolex. La reproductibilidad de la técnica es total, con variabilidad solo a nivel del título, siendo ésta de más/menos un título, en los casos en los que se produce.

MARCOS CIDRERA, E. y cols. *Reacciones cruzadas entre sueros de enfermos de hidatidosis y un antígeno soluble de Taenia saginata: estudio inmunoelectroforético*, págs. 253-263.

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos al estudiar, mediante inmunoelectroforesis, las reacciones cruzadas entre *Taenia saginata* y líquido hidatídico en 30 sueros de pacientes con hidatidosis y en 30 sueros control. Se comprueba la aparición de sistemas precipitantes, en el 90% de los casos, al enfrentar sueros hidatídicos contra un antígeno soluble de *T. saginata*. Destaca la presencia constante de un sistema precipitante "mayor" en el diagrama inmunoelectroforético de estos sueros. Se observa una reacción de identidad total para el "arco 5" al enfrentar un suero experimental de cobayo anti-*T. saginata*, contra un suero humano hidatídico. También se observa la desaparición del "arco 5" al practicar la absorción del suero hidatídico humano con antígeno soluble de *T. saginata*. Estos datos destacan la importancia de las reacciones cruzadas entre estos dos cestodos, demostrando que el "antígeno 5" es común a ambos parásitos.

REVISTA MEDICA DE CHILE, septiembre 1984

DUPONT, A. y cols. *Valor profiláctico de la vitamina C en infecciones respiratorias agudas del escolar*, 871-876.

El valor de 2 g. por día de vitamina C durante 12 semanas para prevenir la infección respiratoria aguda (IRA) fué evaluado durante el tiempo de invierno en 62 escolares (10 a 12 de edad) usando técnicas de investigación doble ciego. En el grupo placebo ( $n = 30$ ) 46 episodios de IRA fueron detectados frente a 38 episodios de IRA en el grupo con vitamina C ( $n = 32$ ). El grupo de vitamina C presentó una disminución significativa ( $p < 0,05$ ) de la duración de IRA (3,4 días  $\pm$  0,45 D.S) en comparación con el grupo placebo (4,5 días  $\pm$  0,43). En general los niños tratados con vitamina C tenían 37% menos días de morbilidad causados por IRA que el grupo placebo. El catarro común fué la causa más frecuente de IRA en ambos grupos. El nivel basal de ácido ascórbico en plasma fué similar en ambos grupos y aumentó a más del doble en el grupo tratado con vitamina C. Cualquier efecto colateral de vitamina C fué investigado mediante exámen clínico y con pruebas de laboratorio y no se encontró ninguno. Los resultados sugieren que la vitamina C no previene la IRA en niños pero reduce su duración.

WOLFF, M. *Brote familiar de psitacosis*, 917-921.

Se declara un brote familiar de psitacosis. Tres de siete miembros fueron afectados. En el primer caso la fiebre prolongada con graves dolores de cabeza, predominó. El segundo caso tuvo una enfermedad febril aguda con manifestaciones clínicas leves

de neumonía. La tercera simuló una exacerbación del asma bronquial. Los tres tuvieron una neumonía probada radiológicamente. Serológicamente se confirmó el diagnóstico. La fuente de infección fué un periquito enfermo. La psitacosis debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de enfermedad aguda febril, especialmente los que tenían neumonía más evidente radiológica que clínicamente. Se discuten los aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad.

VIO DEL RÍO, F. y cols. *Hábito de fumar en un grupo de embarazadas y nodrizas urbano-marginales de Santiago*, 935-938.

Un grupo de embarazadas de poblaciones urbanas pobres del Gran Santiago, fué estudiado en cuanto a sus hábitos de fumar y características asociadas con el hábito. La prevalencia es similar a la descrita en la literatura (25,5% de fumadores) pero aumenta significativamente durante la lactancia (39,6%). Las mujeres eran jóvenes y en ellas el hábito de fumar comenzó pronto, el grupo que fumaba menos de 10 cigarrillos al día era más joven que el que fumaba más de 10 cigarrillos. El peso medio al nacer de los niños de las no fumadoras fué mayor que el de las fumadoras de 10 cigarrillos o menos diarios. No obstante, cuando se comparan con el grupo de más de 10 cigarrillos, es notable que el peso al nacer es similar al de las no fumadoras. Se discuten los posibles mecanismos de acción del efecto negativo del fumar durante el embarazo y la necesidad de incorporar en futuros estudios la variable de la nutrición materna se pone de relieve.

Octubre 1984

MICHAUD, P. y cols. *Función tiroidea en una población infantil deficiente mental de una zona con carencia de yodo*, 989-993.

Se evalúan veintiún escolares de una zona deficiente en yodo que tenían un bajo rendimiento escolar debido a retraso mental. Determinamos la edad ósea, presencia o ausencia de bocio y prueba de TRH con un bolo intravenoso de 200 µg. Todos los niños tenían bocio de grado I siendo la prevalencia de bocio en la zona de 34%. Sólo 4 tenían retraso de la edad ósea superior a 2 años. Los valores basales de Td, T4, rT3 y TSH fueron normales. Seis niños tenían una respuesta alta de TSH a TRH y de estos 3 tenían también una respuesta insuficiente de T3. Destacamos la alta prevalencia de bocio en este grupo de niños y sugerimos que el hipotiroidismo sub-clínico detectado en 6 niños podía estar relacionado con el retraso mental.

VELASCO, M. y cols. *Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y anticuerpo anti-HBs en consultantes ambulatorios y en personal de hospital*, 994-997.

El antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y anti-HBs se estudiaron por

RIA en 1052 muestras de suero tomadas del personal de hospital y de pacientes externos. Hubo 477 muestras de médicos, enfermeras y auxiliares de sala y de laboratorio y 3 HBsAg se encontraron entre éstos (0,62%). No se encontraron pacientes HBsAg positivos en 248 diabéticos o en 36 con cirrosis del hígado, y sólo 1 (0,34%) en 291 pacientes con úlcera péptica o colon irritable. Se buscó anti-HBs en 261 sujetos; se encontró en 23 de 110 miembros del personal (21%), 36 de 133 diabéticos (27%) y en ninguno de 18 casos de cirrosis hepática alcohólica. Ninguna diferencia se encontró entre diabéticos en insulina y los que no la recibían. En nuestro material, contrariamente a lo que se ha informado fuera, el personal del hospital y los pacientes ambulatorios no mostraron mayor tasa de infección con HBV que la encontrada en la población general.

CODNER S, y cols. *Prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en una población de senescentes*, 998-1.001.

Declaramos la prevalencia de trastornos neuropsiquiátricos en un centro geriátrico en Santiago. El once por ciento se consideró normal y el restante 89% tenía trastornos neuropsiquiátricos. Hubo enfermedad cerebrovascular en el 24%, amnesia benigna del anciano en 16%, demencia senil del tipo Alzheimer en 14%, parafrenia tardía en 10%, esquizofrenia crónica en 9%, depresión en 7% y varios otros en 14%. Estos hallazgos pueden tener peso en el desarrollo de Departamentos Neuropsiquiátricos para los pacientes ancianos mentalmente enfermos.

BRAUN, S. y cols. *Riesgo materno y fetal del embarazo en cardiopatas con y sin tratamiento anticoagulante*, 1009-1016.

Los informes médicos de todas las embarazadas con cardiopatía admitidas a la Maternidad del Hospital Católico Universitario desde marzo de 1982 a octubre de 1984 se revisaron, 173 embarazos en 128 pacientes con cardiopatía reumática valvular se compararon con 193 embarazos en 111 pacientes sin cardiopatía. Se excluyeron 17 embarazos en pacientes con cardiopatía congénita y 3 con cardiopatías misceláneas. De los 173 embarazos con valvulopatía, 101 tenían afección a la válvula mitral, 15 aórtica, 28 mitro-aórtica y 29 al menos una válvula reemplazada proteicamente. Su capacidad funcional antes del embarazo fué I o II en 98%, 24 pacientes eran tratados con anticoagulantes orales. Un mayor número ( $p < 0,05$ ) de abortos y partos prematuros se observaron en el grupo con cardiopatía valvular cuando se compararon con controles (11% frente a 4% y 16% frente a 6% respectivamente). La incidencia de aborto fué incluso mayor en el grupo con anticoagulantes (24%  $p < 0,01$ ). Sólo 14 pacientes presentaron fallo cardíaco, 11 de ellos con estenosis mitral. Una madre murió de trombosis de la válvula protésica. El embarazo en pacientes con cardiopatía con buena capacidad funcional implica escaso riesgo materno. La incidencia de abortos es mayor en pacientes con cardiopatía valvular especialmente si se toman anticoagulantes.

REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA, julio-agosto, 1984.

CANDIDO, A. y cols. *El papel del reforzamiento en la evitación de un solo sentido*, 647-666.

El principal objetivo de la presente investigación fué el análisis experimental de la incidencia del reforzamiento en la respuesta en un solo sentido —one way— en el condicionamiento de evitación animal. Utilizamos un diseño factorial mixto  $4 \times 4$  con medidas repetidas en el segundo factor. Tuvimos, por tanto, 4 grupos independientes correspondientes a diferentes niveles de reforzamiento medido en segundos de permanencias en el compartimiento de seguridad (2", 15", 30", 60") y utilizamos 4 criterios de adquisición (5ARs, 10ARs, 15ARs y 20ARs consecutivas). Como variable dependiente usamos 4 tipos de medidas de respuestas: ensayos hasta criterio, número de choques, segundos de choque y latencia de respuesta. Los resultados indicaron, en primer lugar, que tres de las medidas utilizadas fueron sensibles a la influencia del reforzamiento, existiendo una correlación positiva significativa entre las mismas, en tanto que la latencia no correlacionó con ninguna de las anteriores y no captó las diferencias entre los grupos. En segundo lugar, se demostró la influencia del reforzamiento en el aprendizaje de evitación dependiendo del criterio de adquisición exigido, lo que nos llevó a cuestionar las teorías de Bolles (1972), Denny (1971) y Masterson y Crawford (1982) en la explicación del condicionamiento de evitación.

REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. Julio-Agosto, 1984.

NADUM, P.C. y cols. *Alteraciones hematológicas inducidas por la contaminación industrial en moradores e industriales de Cubatão, SP (Brasil)*, 271-277.

Se analizaron 496 individuos de Cubatão SP (Brasil) ciudad con gran tasa de contaminación industrial con objeto de comprobar alteraciones hematológicas inducidas por contaminantes industriales. De los estudios citológicos de los eritrocitos de esa población estudiada se observaron 188 (38%) con alteraciones, aisladas o combinadas en un único individuo, de las cuales 26% presentaron policromatofilia, 24% con puntillado basófilo, 15% con cuerpos de Heinz y 8% con reticulocitosis. Las frecuencias de metahemoglobinemia y sulfohemoglobinemia fueron, respectivamente, de 35% y 32% en moradores de vila Parisi — un barrio rodeado por la mayoría de las industrias de Cubatão—15% y 5% en trabajadores de las industrias y 12% y 4% en habitantes de zonas distantes entre 3 y 8 km del polo industrial. Esos resultados indican que las alteraciones son causadas por contaminantes tóxico-oxidantes y que las consecuencias fisiopatológicas en la sangre de los habitantes de Cubatão parecen indicar que están relacionados con el tiempo de exposición y con la proximidad de los focos emisores de contaminantes.

TUDISCO, E.S. y cols. *Evaluación del estado nutricional materno y duración de la lactancia natural*, 313-22.

Se estudió el estado nutricional de 190 madres de ingresos, primíparas o no, residentes en el municipio de Sao Paulo (Brasil) y su relación con la duración de la lactancia natural. En la valoración del estado nutricional se empleó el criterio de adecuación del peso con la estatura. Se investigó la participación del sector salud en el proceso de destete. Se describió también la prevalencia de desnutrición en el periodo pregestacional, en el postparto y en el postdestete, comprobándose el comportamiento del estado nutricional en estos tres periodos. Se observó que sólo entre las mujeres no primíparas hubo diferencia estadísticamente significativa del estado de nutrición en los periodos analizados. En cuanto al estudio de la duración de la lactancia natural con el estado nutricional de la madre, no se encontró asociación significativa entre estos acontecimientos. En el intento de explorar otras variables que estarían asociadas con el hecho del destete precoz en la muestra estudiada, se enfocó la influencia del sector salud, viéndose un fallo cualitativo del mismo en cuanto a la orientación sobre la lactancia natural.

BESTETTI, R.B. y SANTOS, J.E. *Influencia del ejercicio físico aeróbico en la prevención de la cardiopatía coronaria*, 333-336.

La presente revisión destaca la función del EFA (ejercicio físico aeróbico) moderado o vigoroso, como un factor importante en la profilaxis de AC (arteriosclerosis coronaria) sobre todo cuando se asocia a otras medidas profilácticas conocidas. Este efecto está probablemente relacionado con el hecho de que el EFA eleva la concentración del colesterol HDL. Esta probablemente es una única medida a tomar en aquellos casos en que no existe ningún factor de riesgo asociado, pero hay fuerte historia familiar de AC. Además el EFA regular tiene un papel importante en el proceso de rehabilitación cardíaca en los pacientes portadores de EIM (enfermedad isquémica miocárdica).

GRANDA, Y.R. *Evaluación clínica del bocio endémico*, 396-404.

Se hace una revisión de las principales clasificaciones clínicas del bocio endémico, destacándose las divergencias normativas existentes entre ellas. Se pone de relieve la importancia del diagnóstico clínico de la hipertrofia incipiente de la glándula tiroides en el acompañamiento de la evolución de la endemia bociosa a través de la vigilancia epidemiológica. Se sugiere una adaptación metodológica en el examen clínico del bocio endémico.

LOPES, E da C. da F. y cols. *Importancia de la dieta en la epidemiología del cáncer de colon y recto*, 405-10.

Se hace una actualización de estudios realizados con el objetivo de comprobar la relación entre el factor ambiental, destacándose la alimentación caracterizada por una

dieta pobre en fibra y rica en grasa y la distribución epidemiológica del cáncer de colon y recto. Se destacan las diferencias presentadas por las dietas de los países industrializados y de los países en desarrollo y la influencia de la religión y del flujo migratorio en las costumbres alimentarias, asociadas con las tasas de incidencia de la enfermedad.

BARROS, M.B. de A. y CARVALHEIRO, J. de R. Entrevistas domiciliarias y la enseñanza e investigación en epidemiología, 411-17.

Se discuten algunas características de las entrevistas domiciliarias en su utilización en las investigaciones sobre el proceso salud-enfermedad y en la enseñanza de la epidemiología. Se hace un relato sucinto de algunas experiencias de investigación y enseñanza desarrolladas en el Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de S. Paulo en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas — UNICAMP, relacionadas con entrevistas domiciliarias. Se hacen consideraciones sobre el elevado interés del uso de entrevistas domiciliarias para el conocimiento de la realidad de salud de los grupos sociales que constituyen la población brasileña como para el desarrollo de la propia Epidemiología. Se muestra el enorme potencial relacionado con la enseñanza de la Epidemiología, a nivel de grado y postgrado, que puede ser desarrollado con investigaciones epidemiológicas a nivel de la población.

THE LANCET. ED. ESPAÑOLA, Septiembre 1984.

WONG, V.C.W. y cols. *Prevención del estado de portador del HBsAg en niños recién nacidos de madres portadoras crónicas del HBsAg y del HBeAg mediante la administración de vacuna y de inmunoglobulina contra la hepatitis B*, 151-157.

En Hong Kong se distribuye aleatoriamente en uno de los cuatro grupos de estudio a una población de recién nacidos de madres chinas portadoras del HBeAg. El grupo I fue tratado con 3  $\mu$ g de vacuna para la hepatitis B (HB) inactivada mediante calor, en el momento de nacer y a los 1, 2 y 6 meses; además recibió siete inyecciones de HBIG (periodicidad mensual). El grupo II fue tratado siguiendo el mismo esquema de vacunación, pero solo recibió una inyección de HBIG al nacer. El grupo III recibió únicamente la vacuna (meses 0, 1, 2 y 6) y el grupo IV recibió placebo como sustituto tanto de la vacuna como de la HBIG. La primera tanda de inyecciones se administró en el curso de la primera hora postparto. Se realizaron comparaciones entre los 140 niños que tenían al menos 6 meses de edad al cerrarse el estudio (495 días). En los tres grupos de tratamiento el desarrollo del estado de portador persistente fue significativamente menos frecuente ( $p < 0,0001$ ) que en el grupo control (2,9%, 6,8% y 21,0% frente a 73,2%). Aunque la vacunación aislada era significativamente menos protectora que la vacunación más múltiples inyecciones de HBIG ( $p = 0,03$ ), el grado de

protección dispensado seguía siendo notable. Doce meses después de la primera tanda de inyecciones el 96-100% de los niños de los tres grupos de tratamiento eran anti-HBs en los tres grupos no difería significativamente. Esto indica que ni siquiera las dosis elevadas de HBIG interfieren con la respuesta anti-HBs a la vacuna. En tres niños se observaron infecciones por HB de probable origen intrauterino. No se detectaron efectos colaterales importantes derivados de la terapéutica ensayada, ni siquiera en los niños con infecciones intrauterinas que habían recibido HBIG y vacuna para la HB en el momento del parto. Para prevenir el desarrollo del estado de portador del HBsAg, y así la consiguiente hepatopatía crónica y/o carcinoma primario de hígado, debería administrarse vacuna para la HB y HBIG lo más pronto posible después del nacimiento a todos los niños recién nacidos con riesgo de infección perinatal por hepatitis B.

Octubre 1984

BRUN-VEZINET, F. y cols. *Detección de anticuerpos IgG frente al virus asociado a linfadenopatía en pacientes con SIDA o síndrome linfadenopático*, 237-240.

Mediante un enzimoimmunoanálisis (ELISA) específico se detectaron anticuerpos IgG frente al virus asociado a la linfadenopatía (VAL) en 18 de 48 (37,5%) pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 38 de 51 (74,5%) pacientes con síndrome linfadenopático, ocho de 44 (18%) varones homosexuales sin linfadenopatía y uno de 100 donantes de sangre no seleccionados.

MARSHALL, B.J. y ROBIN, W.J. *Bacilos curvos no identificados en el estómago de pacientes con gastritis y úlcera péptica*, 247-251.

Se obtuvieron muestras de biopsia de áreas intactas de la mucosa antral en 100 pacientes consecutivos que acudieron para gastroscopia y que aceptaron el estudio. En las muestras de 58 pacientes se demostraron bacilos curvos y espirales. Los bacilos cultivados de 11 de estas biopsias, que eran gramnegativos, flagelados y microaerófilos, parecen constituir una nueva especie relacionada con el género *Campylobacter*. Las bacterias estaban presentes en casi todos los pacientes con gastritis crónica, úlcera duodenal o úlcera gástrica, por lo que pueden representar un factor importante en la etiología de dichas enfermedades.

VERBEEK, A.L.M. y cols. *Reducción de la mortalidad por cáncer de mama tras investigación sistemática masiva mediante mamografía moderna*, págs. 256-258.

Desde 1975 se han efectuado cuatro ciclos de investigaciones sistemáticas del cáncer de mama mediante mamografía moderna en 30.000 mujeres de Nijmegen nacidas antes de 1940. Los resultados a finales de 1981 demuestran que el índice de

probabilidad de examinadas frente a no examinadas entre las mujeres que fallecieron por cáncer de mama comparado con las que no fallecieron era de 0,48 (intervalo de confianza del 95%: 0,23-1,00) en todos los grupos de edad.

COLLETTE, H.J.A. y col. *Evaluación de la investigación sistemática del cáncer de mama en un estudio no aleatorio (proyecto DOM) mediante un diseño caso-control*, págs. 258-261.

En 1974 se inició un estudio no aleatorio del efecto de la investigación sistemática masiva mediante examen físico y xeromamografía sobre la mortalidad por cáncer de mama. De las 20.555 mujeres seleccionadas de la ciudad de Utrecht nacidas entre 1911 y 1925, acudieron a los exámenes 14.796. Se efectuaron cuatro ciclos de investigadores. El riesgo relativo de fallecimiento por cáncer de mama entre las mujeres examinadas en alguna ocasión en comparación con las no examinadas fué de 0,30 (intervalos de confianza del 95%: 0,13-0,70).

MİNDEL, A. y cols. *Aciclovir oral profiláctico en el herpes genital recidivante*, 326-328.

En un examen aleatorio a doble ciego, se trató de 56 pacientes afectados de herpes genital recidivante con cuatro dosis diarias de 200 mg. de aciclovir oral o con un placebo durante 12 semanas. A 29 pacientes se les administró el fármaco y a 27 el placebo. La tasa media de recidivas por mes de tratamiento fué de 1,4 en los pacientes que reciben placebo y de 0,05 en los que tomaron aciclovir. El tiempo mediano hasta la aparición de la primera recidiva tras la instauración del tratamiento fué de 14 días en el grupo placebo y de 100 días en el adscrito a aciclovir. Tras concluir el tratamiento, la tasa de recidivas fué similar a ambos grupos. La profilaxis con aciclovir oral parece ser una terapéutica eficaz para los pacientes que sufren herpes genital con recidivas frecuentes.

*THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*, 23 agosto 1984.

STEVENS, C.E. y cols. *La vacuna de la hepatitis B en pacientes que reciben hemodiálisis. Inmunogenicidad y eficacia*, 496-501.

Evaluamos la inmunogenicidad y la eficacia de la vacuna para la hepatitis B (Hep-tavax-B) en un ensayo al azar, doble ciego, controlado con placebo que implicó a 1.311 pacientes que recibían hemodiálisis en Estados Unidos. Después de haber administrado tres dosis de vacuna (40 mg cada una) el 63 por ciento de los pacientes tenían anticuerpos. Tras sólo el 50% de los receptores de vacuna se consideró que respondían a la vacuna. La incidencia de infección por el virus de la hepatitis B durante los 25 meses del ensayo fue mucho menor que lo que se había previsto y fue virtualmente

la misma en los receptores de vacuna que en los de placebo (6,4 y 5,4 por ciento respectivamente). Cuatro casos de hepatitis B ocurrieron en pacientes que tuvieron una respuesta aparente de anticuerpos a la vacuna, pero en cada caso cada anticuerpo había alcanzado niveles bajo o indetectable antes de que se detectara el antígeno de superficie de la hepatitis B o el paciente había recibido terapia inmunosupresora. Este estudio no demuestra la eficacia de la vacuna en una población de pacientes que recibían diálisis en la que tanto la tasa de respuesta de anticuerpos a la vacuna de hepatitis B como la tasa de ataque vírico fueron bajas. Otra medida para controlar la transmisión del virus de la hepatitis B en unidades de diálisis, incluidas la vigilancia del antígeno de superficie de la hepatitis B y el aislamiento de pacientes que sean positivos al antígeno, debe continuarse.

WILHELMSEM, L. y cols. *El fibrinógeno como factor del riesgo del ictus y del infarto de miocardio* 501-5

Para estudiar los posibles factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular recogimos datos sobre niveles en plasma de factores de coagulación, presión sanguínea, colesterol sérico 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 diferentes a las citadas en 60. La presión sanguínea, el tabaco fumado, el colesterol sérico y el nivel de fibrinógeno medidos en el examen básico mostraron ser factores de riesgo significativos del infarto mediante análisis univariados durante el seguimiento y la presión sanguínea y el fibrinógeno fueron factores de riesgo del ictus. El fibrinógeno y el hábito de fumar estaban fuertemente relacionados uno con otro. La relación entre fibrinógeno e infarto y entre fibrinógeno e ictus se debilitó cuando se tomaron en cuenta la presión sanguínea, el colesterol sérico y el hábito de fumar, pero continuó significativo para el ictus. Aunque no puede deducirse causalidad de estos casos, es posible que el nivel de fibrinógeno juegue un papel importante en el desarrollo del ictus y del infarto de miocardio.

6 de septiembre de 1984

HOLMBERG S.D. y cols. *Salmonelas resistentes a los medicamentos procedentes de animales alimentados con antimicrobianos*. 617-622

Ha sido difícil documentar la secuencia de acontecimientos sospechada que empieza con la selección de organismos resistentes a las drogas en animales a los que se habían administrado cantidades subterapéuticas de antimicrobianos y termina con infecciones clínicamente importantes en los seres humanos. A principios de 1983 identificamos a 18 personas en cuatro estados del Medio oeste que estaban infectadas con *Salmonella newport* resistente a ampicilina, carbenicilina y tetraciclina y ca-

racterizada por un plásmido R-38Kilobase. Doce de estos pacientes habían estado tomando derivados de la penicilina por problemas médicos diferentes a diarrea en las 24-48 horas antes del comienzo de la salmonelosis. Once pacientes fueron hospitalizados por salmonelosis durante ocho días como término medio y uno tuvo una infección hospitalaria fatal. Comparamos los perfiles de plásmidos de todos los aislamientos de *S. newport* humanos (zona de seis estados) y animales (Estados Unidos) durante un periodo de 18 meses y examinamos los registros seleccionados de distribución de carne. Los resultados indicaron que los pacientes se habían infectado antes de tomar antimicrobianos comiendo hamburguesas procedentes de carne de buey de Dakota del Sur alimentado con clortetraciclina a dosis subterapéuticas para estimular el crecimiento. Este estudio demuestra que los organismos de origen animal resistentes a los antibióticos causan enfermedad humana grave y destaca la necesidad de un uso más prudente de antimicrobianos tanto en los seres humanos como en los animales.

13 de septiembre de 1984

SONTAG S. y cols. *Cimetidina, hábito de fumar cigarrillos y recurrencia de la úlcera duodenal*. 689-93.

370 pacientes con úlcera de duodeno recién curada entraron en un ensayo multicéntrico al azar, doble ciego de un año comparando placebo con tres pautas de dosis diferentes de cimetidina (200 mg, dos veces al día, 300 mg, tres veces al día, 400 mg, al irse a acostar) para prevenir la recurrencia de úlcera duodenal. Al final de un año la tasa de recurrencia sintomática acumulativa demostrada por endoscopia fue similar para los pacientes que recibían las tres dosificaciones de cimetidina (19%, 15% y 13% respectivamente, no significativa), mientras que el grupo tratado con placebo tuvo un 34,7% de tasa de recurrencia sintomática ( $P < 0,01$  en comparación con cada grupo de cimetidina). El fumar cigarrillos se vio que era una variable importante, entre los receptores de placebo, la recurrencia de la úlcera fue significativamente más probable en fumadores (72%) que en no fumadores (21%,  $P < 0,001$ ). La frecuencia de recurrencia de la úlcera en fumadores se redujo significativamente por el tratamiento de cimetidina (de 72% a 34%  $P < 0,01$ ). En los fumadores que recibieron cimetidina era al menos tan probable que tuvieran una recurrencia como en los no fumadores que recibieron placebo (34% frente a 21% no significativo). Así, el fumar parece ser un factor importante en la recurrencia de la úlcera duodenal y, en los fumadores, el dejar de fumar puede ser más importante para la prevención de la recurrencia de las úlceras que la administración de cimetidina.

20 de septiembre de 1984

FARELL, J. y FLANNERY, J.T. *Cáncer en pacientes con neoplasias del SNC*. 749-53

Comparamos la incidencia del cáncer en padres, hermanos y descendencia de 643 pacientes que tuvieron tumores de SNC en la infancia (casos) de acuerdo con el

Registro de Tumores de Connecticut, con la incidencia en padres, hermanos y descendencia de 360 controles seleccionados según el certificado de nacimiento y ajustados por sexo, fecha y lugar de nacimiento. La incidencia general del cáncer fue comparable en ambos grupos. Sin embargo, 11 tumores del sistema nervioso ocurrieron en pacientes de casos mientras que no se produjo en ninguno de los pacientes de los controles ( $p=0,0005$ ). Nueve pacientes de casos pero ningún paciente de los controles tuvieron cáncer del sistema linfático-hemopoyético ( $P=0,003$ ). Nueve hermanos de casos pero solo uno de un control tuvieron cáncer en la infancia. El meduloblastoma y el glioblastoma multiforme fueron más numerosos en el grupo de niños cuyos familiares tuvieron tumores del SNC. Comparamos el número real de cánceres del SNC o del linfohemopoyético en parientes de casos con el número esperado sobre las bases de la tasa de incidencia conocida y encontramos un exceso de cinco veces. Llegamos a la conclusión de que la aparición de un tumor cerebral en un niño es un marcador de una mayor probabilidad del tumores de SNC, leucemia y tumores de la infancia en la familia.

8 de noviembre de 1984

HARTZ, A. J. y cols. *La asociación del hábito de fumar con cardiomiopatía*. 1201-6

Investigamos la posibilidad de que el hábito de fumar esté asociado a anomalías de la conducción a través de la pared ventricular, lo que es independiente de su asociación conocida con la oclusión coronaria. Estudiamos 4763 hombres entre las edades de 35 y 74 años que habían sufrido angiografía coronaria y ventriculografía para diagnóstico. Consideramos tres clases de anomalías de la conducción: hipoquinesia en uno a cuatro segmentos ventriculares, hipoquinesia en cinco a seis segmentos ventriculares (hipoquinesia difusa) y conducción aquinesica por la pared al menos en un segmento. En hombres con menos de 55 años el riesgo relativo de hipoquinesia difusa fué 2,78 (1,1 a 6,99) para los muy fumadores en comparación con los no fumadores. El ajuste por el grado de oclusión coronaria o la eliminación de sujetos con historia de infarto del miocardio no cambió este riesgo relativo. Entre los hombres que tenían 55 o más años el riesgo relativo (ratio de muy fumadores en relación con no fumadores) no fue significativo (0,55 a 2,28). Si no se considera la edad, el riesgo relativo de aquinesia o disquinesia, ajustado por estenosis coronaria, fue significativo: 1,84 (1,28 a 2,65) para los hombres por debajo de 55 años y 1,57 (1,12 a 2,19) para los de 55 o más años. Estos resultados sugieren que el hábito de fumar está relacionado tanto con la cardiopatía como con el infarto transmural de miocardio y que las relaciones están muy separadas de la asociación entre el hábito de fumar y estenosis coronaria.

29 de noviembre de 1984

GREENBERG E. R. y cols. *Cáncer de mama en madres a las que se ha dado dietilestilbestrol en el embarazo*.

Comparamos la incidencia del cáncer de mama en 3033 mujeres que habían tomado dietilestilbestrol (DES) en el embarazo durante el periodo de 1940 a 1960 con la incidencia en un grupo comparable de mujeres iguales no expuestas. Valoramos el estado vital en el 95% de las mujeres expuestas y en el 93% de las mujeres no expuestas y recibieron cuestionarios completados para el 88 y el 85%, respectivamente. Con más de 85.000 años-mujer de seguimiento en cada grupo, la incidencia de cáncer de mama por 100.000 años-mujer fué 134 en el grupo expuesto y 93 en el grupo no expuesto, produciendo un riesgo crudo relativo de 1,4 (95% intervalo de confianza, 1,1 a 1,9). La elevada incidencia no pareció deberse a sesgo o a confusión por otros factores de riesgo medidos en el estudio. La mortalidad por cáncer de mama fué ligeramente superior en las mujeres expuestas (riesgo relativo, 1,1) pero no significativamente así (95% intervalo de confianza, 0,7 a 2,0). Concluimos que la incidencia de cáncer de mama está moderadamente aumentada en las mujeres que habían tomado DES, pero nosotros no podemos excluir la posibilidad de que alguna exposición concomitante no reconocida al DES sea responsable de este aumento.

28 de febrero de 1984

HARVEY E. B. y cols. *Exposición prenatal a rayos x y cáncer en la niñez en mellizos.* 541-5.

Realizamos un estudio caso-control para investigar la relación entre exposición prenatal a los rayos x y el cáncer en la infancia, incluida la leucemia, en más de 32.000 mellizos nacidos en Connecticut desde 1930 a 1969. Se recogieron mellizos para este estudio en vez de nacimientos únicos para reducir la probabilidad de sesgo de selección médica, puesto que los mellizos se exponían a menudo a los rayos x para diagnosticar el embarazo gemelar o para determinar la posición fetal antes del parto y no por situaciones médicas que puedan predisponer posiblemente al cáncer. Cada uno de los 31 casos de cáncer identificados ligando los registros de mellizos y de cáncer de Connecticut, fué ajustado con cuatro controles mellizos de acuerdo con sexo año de nacimiento y raza. Se buscaron informes de hospitales, radiólogos y médicos privados para encontrar historias de exposición a los rayos x y otros factores de riesgo posiblemente importantes. Se encontraron exposiciones prenatales documentadas a los rayos X para el 39 por ciento de los casos (12 de 31) y para el 26% de los controles (28 de 109). Ninguna otra afección del embarazo, parto o materna estuvo asociada con el riesgo de cáncer excepto el bajo peso al nacer: el 38% de los casos comparado con el 25% de los controles pesaron menos de 2,27 kilos al nacer. Cuando se ajustaron por el peso al nacer, los mellizos en los que se había desarrollado leucemia u otro cáncer infantil era dos veces más probable que hubieran estado expuestos a los rayos X en el útero que los mellizos que estaban libres de enfermedad (riesgo relativo 2,4%; 95% intervalo de confianza 1,0 a 5,9). Los resultados aunque basados en números pequeños, proporcionan nueva evidencia de que la irradiación prenatal con bajas dosis pueda aumentar el riesgo de cáncer en la infancia.

THE TOKAI JOURNAL OF EXPERIMENTAL AND CLINICAL MEDICINE, sept. 1982

ISOZAKI M. y cols. *Efectos y efectos colaterales de una nueva vacuna trivalente combinada Sarampión-Parotiditis-Rubeola (SPR)*. 547-550.

Se describen los efectos de una nueva vacuna SPR así como los efectos colaterales. Después de la vacunación SPR, el 98% (59/60) de los niños mostró seroconversión por la prueba de HI al sarampión, el 98% (65/66) mostró seroconversión por la prueba HI a rubeola y 57% (34/60) mostró seroconversión por NT a parotiditis. Los efectos colaterales de la vacuna SPR fueron fiebre (5/82) y erupción cutánea (3/82).

julio 1983

KIKUCHI T., KUNO-SAKAI H. y KIMURA M. *Ensayo inmunoabsorbente ligado a enzima de anticuerpos antirubeola* 275-279.

Se determinaron anticuerpos IgG e IgM contra la rubeola en suero en mujeres sanas normales y en pacientes de rubeola usando Kits ELISA para rubeola. El 55% de las mujeres sanas (67/125) tenían anticuerpos antirubeola. Se encontró una correlación positiva entre anticuerpos IgG ELISA antirubeola y la prueba de inhibición de la hemoaglutinación (HI) frente a rubeola. La elevación de anticuerpos IgM antirubeola se demostró durante la fase aguda de la infección rubeólica. Se llegó a la conclusión de que la prueba ELISA de anticuerpos contra rubeola puede ser útil para vigilar el estado inmune de una población antes de realizar la vacunación y para diagnosticar la rubeola durante la fase aguda.

diciembre 1983

JENSEN O. M. *Susceptibilidad al cáncer: algunos ejemplos de la Epidemiología*, 399-404.

No se conoce ninguna población del mundo que sea resistente al desarrollo de cáncer pero parece haber diferencias entre individuos en cuanto a susceptibilidad al cáncer tras exposición a factores ambientales de riesgo carcinogénico. La dependencia del cáncer con la edad puede interpretarse tanto con respecto a la exposición carcinogénica como a la resistencia al desarrollo de tumores. Los estudios de poblaciones migrantes han apuntado tanto al hecho de que la resistencia aparente al cáncer en ciertas poblaciones es espúrea como la susceptibilidad característica a ciertos tipos de tumores como por ejemplo el cáncer nasofaríngeo y el cutáneo. "Factores del Huésped" de origen genético o inducidos por el ambiente pueden ser responsables de las diferencias de susceptibilidad. Se llega a la conclusión de que hay bastante evidencia epidemiológica del papel de los factores de riesgo en la producción del cáncer y de que deberían explotarse más las posibles interacciones entre factores productores de tumores y factores modificadores del riesgo.

NALDWIN R. W. *Respuestas específicas e inespecíficas en la resistencia del huésped a los tumores.* 419-428.

El reconocimiento por el huésped de antígenos asociados con tumores puede ser manipulado de modo que produzcan rechazo de las células tumores. Esta manipulación depende de los niveles adecuados de expresión tumoral del antígeno tumoral y mientras que la inmunoterapia activa específica puede ser eficaz contra tumores inducidos con agentes extrínsecos (carcinógenos, virus oncógenos) algunos pocos que producen naturalmente tumores en roedores responden al tratamiento. Los linfocitos T sensibilizados están implicados en respuestas inmunes tumorales específicas y en muchos casos estas células efectoras son tumoricidas. Con otros tumores en roedores, sin embargo las células T citotóxicas pueden no ser eficaces y en este caso la respuesta específica puede llevar a activación/aumento de inmunidad inespecífica mediada por macrófagos activados y/o células asesinas naturales.

VIROLOGIE, enero-marzo 1984

TEODOROVICI G.R. y cols. *Evaluación epidemiológica de la protección conferida por la vacuna NIVERIP contra la gripe causada por el virus A (H3N2).* 39-41

La protección conferida por la vacuna inactivada NIVERIP contra la gripe causada por el virus A (H3N2) se demostró en tres comunidades escolares de un gran centro urbano durante los brotes epidémicos ocurridos durante el invierno de 1983. La protección específica se reflejó en la menor morbilidad por infecciones respiratorias de cuadro gripal y por ausencia o escasez de complicaciones postgripales en los vacunados.

ZAVATE O. y cols. *Angina herpetiforme asociada a virus Coxsackie A.* 49-53

Se realizaron investigaciones virológicas en 25 casos de herpangina que ocurrieron en un gran centro urbano en la primavera de 1982. Pudieron aislarse doce cepas de virus Coxsackie A (10 cepas de Coxsackie A5, una Coxsackie A4 y una de Coxsackie A6) de 9 (36,0%) de los pacientes.

ATHANASIU P. *Aspectos morfológicos de la inmunidad viral.* 55-61

Después de una sucinta presentación del desarrollo de una respuesta inmune y de la estructura morfológica "en reposo" de órganos y células implicadas en fenómenos inmunológicos tras el contacto con antígenos víricos y las alteraciones en los órganos predominantemente afectados por diferentes agentes víricos. Se concede especial atención al papel de estudios morfológicos en la elucidación de los mecanismos inmunológicos y a la innovación representada por las primeras obras de C. Levaditi y St. S. Nicolau, creadores de la escuela rumana de virología.



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
Servicio de Publicaciones