

# Revista de sanidad e higiene pública

AÑO LIX

JULIO-AGOSTO 1985

NUMS. 7-8

*Estudio de las consecuencias bucodentarias del síndrome tóxico epidemiológico.*

**BARBERIA LEACHE E.; MORENO GONZALEZ J.P.; RIOBBO GARCIA R. y  
LOPEZ BERMEJO M.A.; TRAVESI M.A. y GONZALEZ I.**

*Diarrea producida por Vibrio cholerae y Salmonella muenchen.*

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

*Influencias psico-biológicas de las guarderías en los niños durante su tercer año de vida.*  
**SAINZ MARTIN M.**

*Infecciones del sistema nervioso en inmunodepresión.*

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

*Estrategias actuales de la lucha antitabáquica.*

**SALLERAS SANMARTI, L.**

*La hepatitis vírica como enfermedad profesional en el personal sanitario de los hospitales.*

*Importancia sanitario-económica.*

**MAESTRE SANCHEZ A.**

*El tétanos en Cantabria, 1981-1983.*

**MARTINEZ SAN PEDRO F. y MAESTRE SANCHEZ A.**

*Cálculo de la población usuaria de un hospital general.*

**ROSELL J.; AYATS J. y SALA J.**

**PRENSA • LIBROS • REVISTA DE REVISTAS**



Boletín técnico de la Dirección General  
de Salud Pública



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
Servicio de Publicaciones





# **Revista de sanidad e higiene pública**

**AÑO LIX**

**JULIO-AGOSTO 1985**

**NUMS. 7-8**



**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. Benjamin Sánchez Fernández-Murias.  
Ilmo. Sr. Director de la Escuela Nacional de Sanidad: D. Fernando Ruiz Falcó.  
Ilmo. Sr. Director del Instituto Nacional de Oncología: D. Pedro Carda Aparici.  
Ilmo. Sr. Director del Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias: D. Rafael Nájera Morondo.  
Ilmo. Sr. Director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas: D<sup>a</sup> Eloisa Bernal Añino

#### **SECRETARIO**

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

●

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

●

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

ISSN: 0034-8899

Depósito Legal: M. 71 - 1958

IMPRENTA GRAFICAS SOLANA

## INDICE

|                                                                                                                                                                                                        | Páginas   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Estudio de las consecuencias bucodentarias del síndrome tóxico epidemiológico.</i> BARBERIA LEACHE E.; MORENO GONZALEZ J.P.; RIOBOO GARCIA R. y LOPEZ BERMEJO M.A.; TRAVESI M.A. y GONZALEZ I. .... | 815-834   |
| <i>Diarrea producida por Vibrio cholerae y Salmonella muenchen.</i> LOPEZ BREA M.; BAQUERO M.; ENRIQUEZ A.; JIMENEZ M.L. y FADON A. ....                                                               | 835-838   |
| <i>Influencias psico-biológicas de las guarderías en los niños durante su tercer año de vida.</i> SAINZ MARTIN M. ....                                                                                 | 839-850   |
| <i>Infecciones del sistema nervioso en inmunodepresión.</i> MARTINEZ-MARTIN P.; ESTEVEZ E. y RAPUN J.L. ....                                                                                           | 851-862   |
| <i>Estrategias actuales de la lucha antitabáquica.</i> SALLERAS SANMARTI, L. ....                                                                                                                      | 863-906   |
| <i>La hepatitis vírica como enfermedad profesional en el personal sanitario de los hospitales. Importancia sanitario-económica.</i> MAESTRE SANCHEZ A. ....                                            | 907-924   |
| <i>El tétanos en Cantabria, 1981-1983.</i> MARTINEZ SAN PEDRO F. y MAESTRE SANCHEZ A. ....                                                                                                             | 925-936   |
| <i>Cálculo de la población usuaria de un hospital general.</i> ROSELL J.; AYATS J. y SALA J. ....                                                                                                      | 937-948   |
| Noticias .....                                                                                                                                                                                         | 949-958   |
| Informes OMS. Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud .....                                                                                                                                  | 959-962   |
| Comunicados de prensa .....                                                                                                                                                                            | 963-1018  |
| Libros .....                                                                                                                                                                                           | 1019-1026 |
| Revista de Revistas .....                                                                                                                                                                              | 1027-1081 |

## CONTENTS

|                                                                                                                                                                                                   | Páginas   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <i>Study of the bucodental implication of the epidemiological toxic syndrom.</i> BARBERIA LEACHE E.; MORENO GONZALEZ J.P.; RIOBOO GARCIA R. y LOPEZ BERMEJO M.A.; TRAVESI M.A. y GONZALEZ I. .... | 815-834   |
| <i>Diarrhea caused by Vibrio cholerae and Salmonella muenchen.</i> LOPEZ BREA M.; BAQUERO M.; ENRIQUEZ A.; JIMENEZ M.L. and FADON A. ....                                                         | 835-838   |
| <i>Psycho-biological influences of nurseries in children during the third year of life.</i> SAINZ MARTIN M. ....                                                                                  | 839-850   |
| <i>Central nervous system infections in inmunodepresión.</i> MARTINEZ-MARTIN P.; ESTEVEZ E. and RAPUN J.L. ....                                                                                   | 851-862   |
| <i>Present strategies in the fight against smoking.</i> SALLERAS SANMARTI, L. ....                                                                                                                | 863-906   |
| <i>Virial hepatitis as professional disease in the hospital health personnel.</i> Health and economic importance. MAESTRE SANCHEZ A. ....                                                         | 907-924   |
| <i>Tetanus in Cantabria, 1981-1983.</i> MARTINEZ SAN PEDRO, F. and MAESTRE SANCHEZ A. ....                                                                                                        | 925-936   |
| <i>Calculation of the population using a general hospital.</i> ROSELL J.; AYATS J. y SALA J. ....                                                                                                 | 937-948   |
| News .....                                                                                                                                                                                        | 949-958   |
| World Health Organization                                                                                                                                                                         |           |
| Health Education in Primary Health Care .....                                                                                                                                                     | 959-962   |
| Press .....                                                                                                                                                                                       | 963-1018  |
| Books .....                                                                                                                                                                                       | 1019-1026 |
| Abstracts .....                                                                                                                                                                                   | 1027-1081 |

## **Estudio de las consecuencias Bucodentarias del Síndrome Tóxico Epidémico**

E. BARBERIA LEACHE.  
J.P. MORENO GONZALEZ  
R. RIOBOO GARCIA  
M.A. LOPEZ BERMEJO.  
M.A. TRAVESI.  
I. GONZALEZ

### **INTRODUCCION**

En Mayo de 1981 se comienza a observar en diferentes puntos de España una enfermedad desconocida hasta ese momento. Esa enfermedad multisistémica es asociada a la ingesta de aceite de colza desnaturalizado y se le llama Síndrome Tóxico Epidémico.

El mayor número de enfermos aparecieron en las seis primeras semanas. A partir del 10 de junio en que se estableció una relación entre el S.T.E. y el aceite de colza la aparición de nuevos afectados fue disminuyendo.

Aunque se desconoce el número total de personas afectadas, las estimaciones oficiales se cifran en 20.000 casos aproximadamente de los cuales unos 14.000 corresponderían a la provincia de Madrid.

Inicialmente el S.T.E. afectó a personas de ambos sexos y todas las edades, aunque existía un predominio de las mujeres (1,6:1). Cuatro meses más tarde (septiembre) entre los enfermos más graves había un predominio mucho mayor de las mujeres sobre los hombres (10 : 1).

Entre las personas ingresadas había una distribución equitativa en el grupo de edad de 0-50 años, disminuían las personas entre los 50 y 70 años y eran excepcionales las mayores de 70 años.

## **CUADRO CLINICO**

En el estudio de estos enfermos participaron médicos de todas las especialidades. Los signos y síntomas clínicos descritos a continuación pertenecen al trabajo del Grupo de estudio del Síndrome Tóxico Epidémico del Hospital 1° de Octubre de Madrid. (1).

### **Síntomas iniciales. (mayo/junio).**

El cuadro clínico constistía principalmente en fiebre, dolores de cabeza y tos.

La radiografía de tórax mostraba un patrón intersticial difuso y se detectó hipoxia.

La eosinofilia fue un índice analítico de la presencia de la enfermedad.

### **Junio/julio.**

Los pacientes comenzaron a sentir dolor muscular intenso con adormecimiento de las extremidades y endema facial, de los miembros. Desaparecieron los síntomas generales y respiratorios de la fase anterior.

### **Agosto/septiembre.**

Aparece una sintomatología nueva y variada. Cada paciente muestra una combinación distinta de estos síntomas.

Esta fase se caracteriza por lesiones cutáneas similares al escleroderma, disfagia, pérdida de peso, debilidad muscular y motora grave, atrofia muscular, hipertensión pulmonar, alopecia y síndrome seco en un porcentaje alto de las personas hospitalizadas.

Las glándulas salivares de las personas fallecidas mostraban una dilatación ductal e infiltrados de predominio linfocítico.

## **REPERCUSION DEL SINDROME TOXICO SOBRE LA PREVALENCIA DE CRIES.**

Al comienzo de 1983 el Plan Nacional para el Síndrome Tóxico solicitó a la Cátedra de Estomatología Infantil y Ortodoncia que estudiara la "Repercusión del Síndrome Tóxico sobre la prevalencia de caries" ante numerosas manifestaciones de los pacientes que parecían tener una afectación bucal referida como caries, dolores, pérdidas dentarias y "sensación de boca seca" hecho este último que en caso de confirmarse podría justificar el resto de la patología (2,3,4,5,6,7,8,9 y 10).

Por ésto, desarrollamos un trabajo que pretendía establecer la existencia o no de una relación causal entre el Síndrome Tóxico y la prevalencia de caries en los pacientes afectados por él:

Los objetivos del estudio fueron:

1. Determinar la relación del síndrome tóxico y la aparición de caries.
  - 1.1. Determinar los índices CAOD, CAOS, co y cos en una muestra significativa de una población que ha padecido el síndrome tóxico.
  - 1.2. Comparar la prevalencia de caries con los promedios nacionales conocidos.
2. Determinar los factores causales del aumento de la prevalencia de caries.
3. Determinar el porcentaje de piezas perdidas durante la enfermedad.
4. En caso de demostrar una relación entre el síndrome tóxico y el aumento en la frecuencia de caries.
  - 4.1. Promover medidas preventivas que podrían ser más o menos parecidas a las que utilizamos con los pacientes de caries de irradiación, mediante el uso de clorhexidina y fluoruro (12,13,14,19,20).
  - 4.2. Establecer unas normas y si es posible un baremo que pueda ser utilizado en la valoración de las prestaciones económicas que procedan.

## MATERIAL Y METODO

### Muestra. (\*)

La muestra estudiada constaba de 223 pacientes de edades comprendidas entre los 5 y 67 años que fueron agrupados para su estudio de la siguiente forma:

- 51 pacientes entre los 5 y los 15 años.
- 69 pacientes de 16 a 40 años.
- 103 pacientes mayores de 40 años.

\* La muestra no fue seleccionada aleatoriamente entre todas las personas afectadas, tal y como se sugirió en el protocolo previo, sino que fue en general compuesta por personas afectadas que asistían a los centros asistenciales por padecer problemas dentales.



## Método

En la exploración del estado buco-dentario realizada por el estomatólogo, se midieron los siguientes parámetros:

- **NUMERO TOTAL DE CARIES.** Se utilizaron los criterios de caries de Radikf descritos por la American Dental Association (11) y que ya fueron utilizados por los mismos examinadores en otros estudios epidemiológicos.

Las caries interproximales se diagnosticaron o confirmaron con dos radiografías de aleta de mordida derecha e izquierda. Las caries interproximales diagnosticadas radiográficamente se valoraron separadamente.

- **NUMERO DE CARIES ATÍPICAS.** Consideramos como tales aquellas que estaban situadas en zonas no habituales (bordes incisales, cúspides, etc.,).

El interés de este dato radicaba en la relación ya demostrada anteriormente entre hipo o asialia y aumento de caries atípicas.

- **NUMERO DE DIENTES AUSENTES.** Se valoraron aquellas extracciones que habían sido realizadas a partir del comienzo de la enfermedad.

El estudio de la trabeculación ósea del alveolo por medio de la ortopantomografía permitía diagnosticar una extracción realizada en los seis últimos meses.

- **NUMERO DE DIENTES OBTURADOS.** Se consideraban como tales aquellos que habían sufrido algún tratamiento restaurador, total (corona) o parcial (obtusión).

La obtención de todos los datos anteriores permitía obtener los índices CAOD, CAOS, co y cos de cada paciente y de todo el grupo estudiado (15,16,17).

- **INDICE DE PLACA.** Su determinación permitía evaluar las condiciones higiénicas. Su importancia era fundamental pues existe una relación demostrada placa-caries.

- **INDICE DE GINGIVITIS.** Este dato completa la información del índice de placa y a su vez nos orientaría hacia una posible afectación periodontal aunque no fuera éste el objetivo del estudio.

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE LA CAPACIDAD CARIOGENICA DE LA CAVIDAD BUCAL.** Se eligieron una serie de pruebas cuyos resultados valorados en conjunto o separadamente permitieran obtener información real sobre la mayor o menor tendencia a caries del paciente.

Para ello se midieron:

- Cantidad de saliva no estimulada (5').
- Cantidad de saliva estimulada (5'). (\*)

- pH salival. Es ya conocido que en los pacientes con gran actividad de caries el pH es menor.
- Test de Alban. Permite medir la capacidad acidogénica de los microorganismos de la placa dental.
- REGISTROS FOTOGRAFICOS. Como elemento de comparación posterior.

## **METODO ESTADISTICO.**

En el estudio estadístico se tuvieron en cuenta las características de la muestra, los objetivos que pretendía cubrir el trabajo y los valores que iban a ser usados como comparación. Por ello se utilizaron como métodos el Contraste de Hipótesis y el Análisis de la correlación lineal entre variables.

## **RESULTADOS**

### **1. INDICES CAOD, CAOS, co y cos ENCONTRADOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA. (Tabla I).**

Los valores encontrados en los componentes de la muestra de edades entre 5 y 15 años eran de 7,11 de CAOD; 10,7 CAOS; 4,64 para el índice co y 11,74 para el cos.

A los 21-40 años los valores de CAOD fueron 167,73 y 54,34 el CAOS. Los índices co y cos no tenían valor por no existir prácticamente dientes temporales.

Los pacientes mayores de 41 años presentaban un índice CAOD de 18,67 y de 51,04 para el CAOS.

Los valores medios de todas las edades fueron de 13,85 para el CAOD; 51,04 para el CAOS; 4,64 para el co y 11,74 para el cos.

### **2. COMPARACION DE LA PREVALENCIA DE CARIES CON LOS PROMEDIOS NACIONALES (Tabla II).**

Aceptando que la caries dental es un hecho habitual en la población española, la comparación de los resultados obtenidos en los enfermos afectados del Síndrome Tóxico con los datos existentes sobre personas sanas era un hecho importante.

Así, en la muestra entre 5 y 15 años el índice CAOD en población sana (no padeciendo el Síndrome Tóxico) era de 4,23 y de 7,11 en los enfermos con S.T. El índice co era de 2,52 en los primeros y de 4,64 en los segundos.

TABLA I

| EDAD                 | CAOD  | CAOS  | co   | cos   |
|----------------------|-------|-------|------|-------|
| 5-15                 | 7.11  | 10.7  | 4.64 | 11.74 |
| 21-40                | 17.73 | 54.34 | —    | —     |
| 41<br>Y MAS          | 18.67 | 72.2  | —    | —     |
| TODAS LAS<br>EIDADES | 13.85 | 51.04 | —    | —     |

INDICES CAOD, CAOS, co Y cos ENCONTRADOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA

TABLA II

| EDAD                 | CAOD    |            | co      |            |
|----------------------|---------|------------|---------|------------|
|                      | P. SANA | P. ENFERMA | P. SANA | P. ENFERMA |
| 5-15                 | 4.23    | 7.11       | 2.52    | 4.64       |
| 21-40                | 9.15    | 17.73      | —       | —          |
| 41<br>Y MAS          | 14.13   | 18.67      | —       | —          |
| TODAS LAS<br>EIDADES | 8.21    | 13.85      | 2.52    | 4.64       |

COMPARACION DE LA PREVALENCIA DE CARIES CON LOS  
PROMEDIOS NACIONALES

A los 21-40 años el índice CAOD promedio era de 9,15 pero el hallado en la muestra con S.T. era de 17,73.

En los mayores de 41 el valor promedio era de 14,13 y 18,67 para los enfermos de S.T.

Los promedios de todas las edades fueron en el índice CAOD 8,21 en población sana y 13,85 en población enferma. El índice co era 2,52 en población sana y 4,64 en la enferma.

### 3. FLUJO SALIVAL.

#### 3.1. FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO (Tabla III).

La cantidad de saliva eliminada durante 5 minutos y medida en cc. en el grupo de 5 a 15 años de población sana fue de 1,9 y la misma cantidad para los enfermos.

En el grupo de 21-40 años la muestra sana tenía valores de 2,76 y 2,23 los enfermos de S.T.

No existían datos en población mayor de 41 años que permitieran comparar ese grupo de edad.

La media de flujo salival no estimulado en la muestra entre 5 y 40 años era de 2,04 en población sana y 2,05 en la enferma.

#### 3.2. FLUJO SALIVAL ESTIMULADO (Tabla IV).

En edades entre 5 y 15 años los valores eran de 6,90 en sanos y 4,95 en los enfermos.

A los 21-40 años era 9,92 en sanos frente a 5,93 en afectados de S.T.

Mayores de 41 años: no existen datos para comparar.

Promedio entre 5 y 40 años, 7,39 en población sana y 5,41 en la enferma.

### 4. INDICE DE PLACA (Tabla V).

El porcentaje medio a los 5-15 años en la muestra estudiada era de un 92% y a la misma edad en población sana los promedios corresponderían a un 43%.

A los 21-40 años los pacientes con Síndrome Tóxico presentaban un 92% de índice de placa y la muestra a que se comparaban un 64%.

Los promedios de ambas edades mostraban valores de un 94% para población enferma y 54% en la sana.

### 5. INDICE DE GINGIVITIS.

Entre los 5 y 15 años el índice medio encontrado fue de 75%. Entre los 16 y 67 años fue del 93%.

TABLA III

| EDAD         | POBLACION<br>SANA | POBLACION<br>ENFERMA |
|--------------|-------------------|----------------------|
| 5-15         | 1.9               | 1.9                  |
| 21-40        | 2.76              | 2.23                 |
| AMBOS GRUPOS | 2.04              | 2.05                 |

FLUJO SALIVAL NO ESTIMULADO

**TABLA IV**

| <b>EDAD</b>         | <b>POBLACION<br/>SANA</b> | <b>POBLACION<br/>ENFERMA</b> |
|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| <b>5 - 15</b>       | <b>6.90</b>               | <b>4.95</b>                  |
| <b>21 - 40</b>      | <b>9.92</b>               | <b>5.93</b>                  |
| <b>AMBOS GRUPOS</b> | <b>7.39</b>               | <b>5.41</b>                  |

**FLUJO SALIVAL ESTIMULADO**

TABLA V

| EDAD         | POBLACION<br>SANA | POBLACION<br>ENFERMA |
|--------------|-------------------|----------------------|
| 5 - 15       | 43                | 92                   |
| 21 - 40      | 64                | 95                   |
| AMBOS GRUPOS | 54                | 94                   |

INDICE DE PLACA



## 6. pH SALIVAL (Flujo estimulado y no estimulado) (Tabla VI).

Los datos existentes permitían comparar el grupo comprendido entre 21 y 40 años. En ese grupo los valores de pH no estimulado en población sana eran de 6,9 y de 6,5 en los pacientes con S.T.

El pH de la saliva estimulada fue de 7,2 en población sana y 7,2 en pacientes con S.T.

## 7. RESULTADOS RADIOLOGICOS.

### 7.1. Hallazgos de superficies careadas (valoración de las radiografías interproximales).

Se diagnosticaron 354 superficies con caries con ayuda de las radiografías. Esto corresponde a un 7,54% del total de las superficies afectadas.

### 7.2. Extracciones (valoración de las radiografías panorámicas).

- Número de extracciones referidas por los pacientes: 1.210.
- Número de extracciones halladas en exploración clínica y radiológica: 1.234.
- Extracciones referidas como realizadas antes de comenzar el Síndrome Tóxico: 683.
- Extracciones referidas como realizadas después del comienzo del Síndrome Tóxico: 527.
  - Antigüedad menor de 6 meses (comprobación radiológica) 276.
  - Anterior a los 6 meses (sin comprobación) 251.

## 8. CARIES ATIPICAS.

Se encontraron un total de 189, lo que correspondería a 0,8 caries atípicas por persona.

## 9. TEST DE ALBAN. (Tabla VII)

El promedio de cruces (+) a las 24 horas en población sana era de 0,6 y en población enferma 1,21.

A las 48 horas el promedio fue de 1,3 en población sana y 1,67 en los pacientes con S.T.

## CONCLUSIONES

### 1. Los índices encontrados en la población enferma fueron los siguientes:

|       |       |
|-------|-------|
| CAOD: | 13,85 |
| CAOS: | 51,04 |
| CO:   | 4,64  |
| cos:  | 11,74 |

TABLA VI

| 21-40 AÑOS       | POBLACION<br>SANA | POBLACION<br>ENFERMA |
|------------------|-------------------|----------------------|
| Ph NO ESTIMULADO | 6.9               | 6.5                  |
| Ph ESTIMULADO    | 7.2               | 7.2                  |

Ph SALIVAL. FLUJO ESTIMULADO Y NO ESTIMULADO

TABLA VII

| TIEMPO | POBLACION<br>SANA | POBLACION<br>ENFERMA |
|--------|-------------------|----------------------|
| 24 H.  | 0.6               | 1.21                 |
| 48 H.  | 1.3               | 1.67                 |

TEST DE ALBAN

2. La comparación de los índices CAOD y co (que mostrarían la prevalencia de caries) entre una población sana y los enfermos del Síndrome Tóxico muestra valores mucho más altos para éstos últimos siendo muy significativa clínica y estadísticamente.  
Este aumento de la prevalencia es de un 69% en el caso de piezas permanentes y de un 84% en caso de piezas temporales. (Fig. 1)  
Por tanto, cabe suponer que el Síndrome Tóxico produce una mayor prevalencia de la caries dental.
3. El hecho de que exista una disminución del flujo salival estimulado (Figura 2), puede interpretarse como una disminución de los mecanismos de defensa ante la enfermedad susceptible de provocar directamente o por medio de un aumento de la cantidad de placa adherida a la superficie dentaria mayor cantidad de enfermedad.
4. Los índices de caries y la cantidad de saliva estimulada son parámetros fiables que pueden indicar la repercusión del síndrome tóxico en la patología bucal. Así cuando exista un índice de caries superior al normal y una cantidad de saliva estimulada menor de 5,40 cc en 5 minutos cabe esperar que ese aumento de la patología bucal sea debido al padecimiento general que les afecta.
5. Se ha podido demostrar que el 52% de las piezas referidas por el paciente como perdidas durante la enfermedad, lo habían sido en los últimos 6 meses y cabe esperar un aumento de estas pérdidas.
6. Por todo lo antes dicho puede concluirse que el padecer el Síndrome Tóxico aumenta el riesgo de caries dental y la necesidad de extracciones dentarias en un alto porcentaje de los afectados.

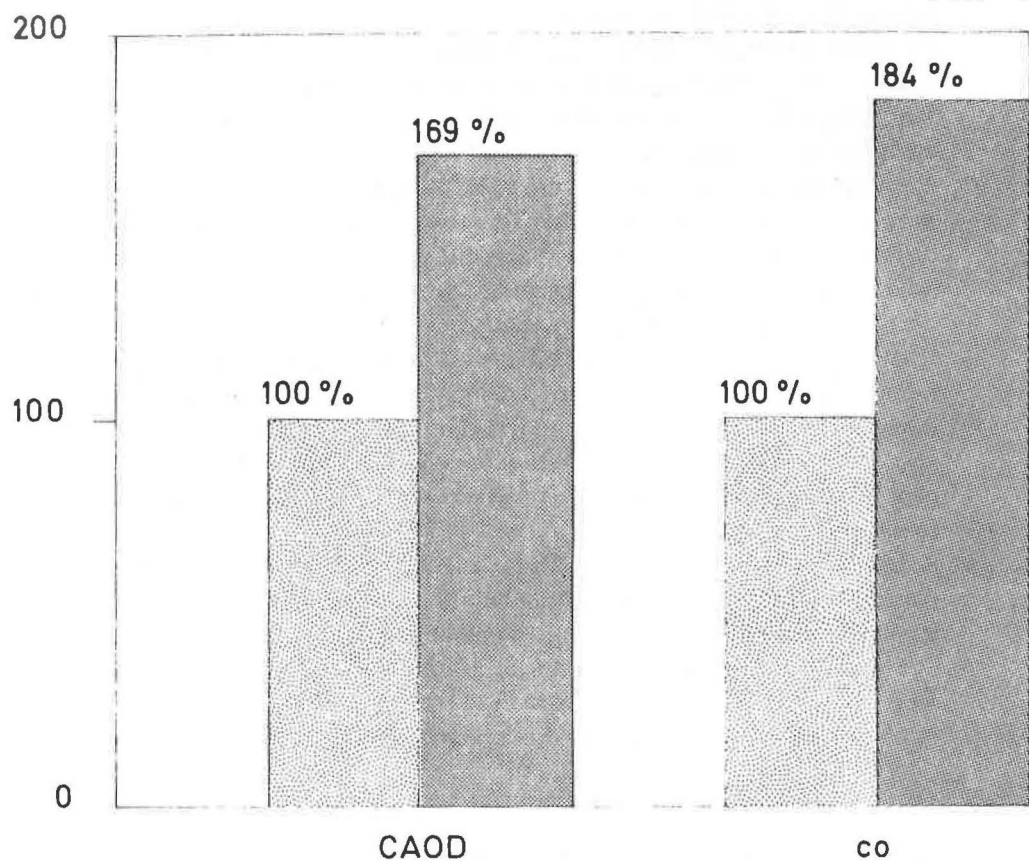
#### RESUMEN

Se realizó un estudio sobre pacientes afectados por el Síndrome Tóxico y de edades comprendidas entre los 5 y 67 años para intentar establecer una relación causal entre el Síndrome Tóxico y la prevalencia de caries en los pacientes afectados por él. Asimismo, en el caso de una mayor prevalencia en esta muestra intentar determinar los factores causales del aumento de la prevalencia, así como el porcentaje de piezas perdidas durante la enfermedad.

Los datos recogidos procedían de la exploración clínica, de la exploración radiológica (radiografías de aleta derecha e izquierda y ortopantomografía) y de las pruebas de laboratorio (cantidad de saliva estimulada y no estimulada, pH salival y test de Albán).

La comparación de los resultados con los de una población no afectada por el Síndrome Tóxico muestra índices CAOD, CAOS, co y cos, mayores que en estos últimos que podría deberse a la menor cantidad de flujo salival estimulado existente en estos pacientes. Un 52% de las piezas perdidas durante la enfermedad, lo habían sido en los últimos seis meses.

FIG. 1



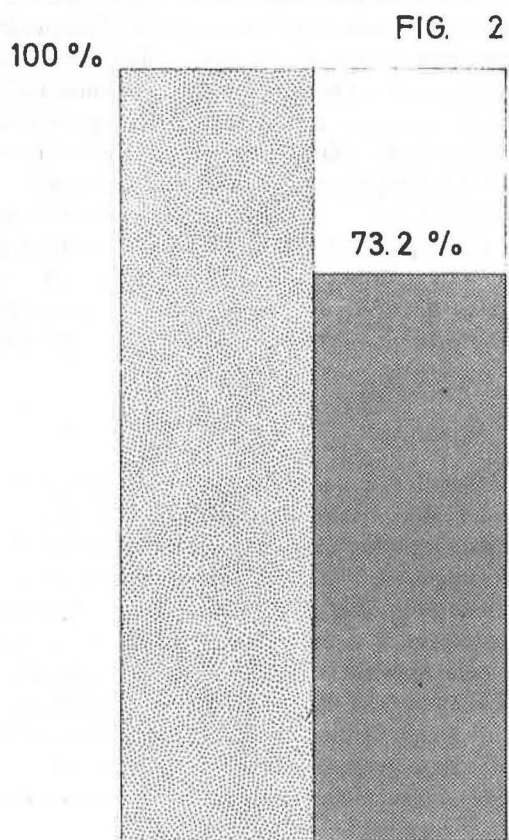
% DE AUMENTO



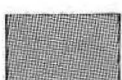
CONTROL



SÍNDROME TÓXICO



FLUJO SALIVAL ESTIMULADO

-  CONTROL
-  SINDROME TOXICO

## RESUME

On a fait un étude sur des malades atteints par le Symdrôme Toxique et de 5 à 67 ans d'âge, pour essayer d'établir une rélation causal entre la Symdrôme Toxique et la prévalence de carie dans les malades atteints par ceci. De même, dans le cas d'une plus grande prevalence de carie dans cet échantillon essayer de déterminer les facteurs causals de l'augmentation de la prévalence, ainsi que le pourcentage de dents perdus au cours de la maladie. Les données recueillis procédaient de l'exploration clinique, de l'exploration radiologique (radiographies du coté droit et du coté gauche et orthopantomographie) et des tests de laboratoire (quantité de salive stimulé et non stimulé, pH salival et test d'Alban). La comparaison des résultats avec ceux d'une population non atteinte par le Symdrôme Toxique montre des indices CAOD, CAOS, CO et COS, plus grands que dans ceux-ci. Cette difference pourrait être due à une plus grand quantité de flux salival stimulé present dans ces malades. Un 52% des dents perdus pendant la maladie avaient été perdus dans les six mois derniers.

## SUMMARY

A study on patients with Toxic Symdrom and ages between 5 and 67 years has been carried out in order to stablish a causal relationship between Toxic Symdrom and the prevalence of caries in patients with this disease. Also, in the case of finding a higher prevalence of caries in this sample, to try to stablish the causal factors of this increase of prevalence and the percentage of teeth lost during the disease. The collected data come from the clinical and radiological examinations (X rays of the right and left sides and orthopantomography) and from the laboratory tests (amount of stimulated and non stimulated saliva, salivary pH and Alban's test). Comparing these results with those of a population non affected by the Toxic Symdrom, higher indexes of dental damage are found in the affected population and this could be due to the higher amount of stimulated salivary flow present in these patients. 52% of the teeth lost during the illness, were lost in the last six months.

## BIBLIOGRAFIA

1. GRUPO DE ESTUDIO DEL SINDROME TOXICO EPIDEMICO "Síndrome Tóxico Epidémico (España, 1981)" *The Lancet* (Ed. Esp.) Vol. 2 N° 1, 68-74 (1983).
2. KARMOL, M., y WALSH, R.F.: "Dental caries after radiotherapy of the oral regions". *JADA*, 91:838 1975.
3. FRANK, R.M.; HERDLEY, J., y PHILIPPE, E.: "Acquired dental defects and salivary gland lesions after irradiation for carcicoma". *JADA*, 70:868 (1965).
4. DREIZEN, S.; BROWN, L.R.; DALY, T.E. y DRANE, J.S. "Prevention of xerostomia-related dental caries in irradiated patients". *J. Den. Res.* 56:99 (1977).
5. BURT, B.A.: "Influences for change in the dental health status of populations: an historical perspective". *J. Pub. Health Dent.*, 38: 272.288 (1978).
6. BROWN, L.R. DREIZEN, S.; HANDLER, S., y JOHNSTON, D.A. "Effect of radiation-induced xerostomia on human oral microflora". *J. Dent. Res.*, 54:740 (1970).

7. DREIZEN, S., y BROWN, L.R.: "Xerostomia and dental caries. Proceedings "Microbial Aspects of Dental Caries". Eds. Stiles. Loesche y O'Brien. Sp. *Supp. Microbiology Abstracts*, 1:275.290 (1976).
8. DALY, T.E.: "Dentistry for the irradiated head and neck cancer patient". *Cancer Bull.*, 29:74-78 (1977).
9. BEUMER, J., y BRADY, F. "Dental management of the irradiated patient". *Cancer Bull.*, 29:74-78 (1977).
10. REYNOLDS, W.R.: HICKEY, A.J., y FELDMAN, M.L.: "Dental management of the cancer patient receiving radiation therapy" *Clin. Prev. Dent.*, 2:5-9 (1980).
11. RADIKF, A.W.: "Criteria for diagnosis of dental caries". In Proceedings of the Conference on the Clinical Testing of Cariostatic Agents, Councils of Dental Research y Dental Therapeutics, American Dental Association, Chicago. 1972, pp. 87-88.
12. SZPIRGLAS, H.: "Las complicaciones de la radioterapia. Profilaxis de las lesiones dentales mediante geles de muy alto contenido de flúor". Conferencia pronunciada durante el I Simposium de Odontología Preventiva, Departamento de Odontología, Profilaxis y Ortodoncia. Universidad Complutense de Madrid, 11 de Enero de 1980.
13. KATZ, S.; MORENO GONZALEZ, J.P.; GARCIA VICENTE, L. "Programa de salud buco-dental para la población infantil española". *Boletín de Información Dental*, n° 308 - pags. 45-53 (1980).
14. KATZ, S.; MORENO GONZALEZ, J.P.; HOLGUIN LOPEZ, J. "El uso de flúor de clorhexidina para la prevención de la caries de radiación". Pags. 25-35. *Boletín de Información Dental* n° 317 (1980).
15. CATEDRA DE ESTOMATOLOGIA INFANTIL Y ORTODONCIA "Cuaderno de prácticas".
16. CHAVES, M.: "Odontología sanitaria". Organización Mundial de la Salud. (1962).
17. KATZ S.; McDONALD J.; STOOKEY G.: "Preventive Dentistry in Action". D.C.P. Publishing (1979).
18. CARRION F.; CALATRAVA, L.: "Repercusiones estomatológicas en el Síndrome Tóxico por aceite adulterado de colza" *Rev. Esp. Estoma*. Tomo XXX, n° 1 21-29 (1982).
19. MORENO GONZALEZ, J.P.; BARBERIA LEACHE, E.; ANDRES CORADA M.C.: "Una revisión del proceso desmineralización-remineralización" *Rev. Esp. Estoma*. Tomo XXXI n° 4 237-246 (1983).
20. BARBERIA LEACHE, E.; MORENO GONZALEZ, J.P.: "Estudio clínico sobre remineralización de caries de esmalte" *Rev. Esp. Estom*. Tomo XXXI n° 5 311-324 (1983).





## **Diarrea producida por *Vibrio Cholerae* y *Salmonella* Muenchen**

M. LOPEZ-BREA \*

M. BAQUERO

A. ENRIQUEZ

M.L. JIMENEZ

A. FADON

### **INTRODUCCION**

El cólera es una enfermedad de una importancia excepcional. De todas las enfermedades de declaración obligatoria, es la que produce la muerte más rápidamente y también una de las pocas enfermedades que son capaces de ir intermitentemente alcanzando a un mayor número de enfermos, consecuencia de lo cual da origen a problemas de tipo sanitario de considerable envergadura. (1)

El diagnóstico microbiológico del *Vibrio cholerae*, con la identificación del microorganismo, es el criterio fundamental para la confirmación de un caso sospechoso de cólera y el factor clave en el laboratorio para que ésta circunstancia se de, es la detección de colonias sospechosas en los medios de cultivo donde hemos realizado la siembra de las heces diarreicas. (2)

La sospecha clínica ante un posible enfermo de cólera, nos debe llevar a su inmediato estudio bacteriológico para el cultivo de estos microorganismos.

Laboratorio de Microbiología, Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

\* Dirección actual: Servicio de Microbiología, Gran Hospital, MADRID.

## ESTUDIO MICROBIOLOGICO

Se estudia un enfermo de 40 años de edad, el cual el 28 de septiembre de 1983 presentó fiebre de 38° C. y una importante diarrea de Oran (Norte de Africa). Cinco días más tarde del comienzo de sus síntomas es ingresado en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas (Madrid). El día 10 de octubre de 1983 se cultiva a partir de sus heces *Vibrio cholerae* biotipo Inaba y *Salmonella muenchen*. El enfermo se recuperó de su enfermedad después de la rehidratación intravenosa y con tratamiento específico de tetraciclinas.

Las heces diarreicas fueron cultivadas en placas de Mac Conkey Agar (Oxoid) y Caldo Selenito (Difco), e incubadas a 37° C. durante 18 horas. De la misma forma las heces fueron también sembradas en S.S. Agar (Oxoid) e incubadas a temperatura ambiente durante 18 horas.

*Salmonella* se aisló en Mac Conkey Agar, S.S. Agar y Caldo Selenito y *Vibrio cholerae* en S.S. Agar que había estado incubado a temperatura ambiente.

Ambos microorganismos, *Salmonella* y *Vibrio*, fueron identificados bioquímica y serológicamente mediante la utilización de dos sistemas de identificación comerciales, API 20 E, para la identificación bioquímica y Bacto-Salmonella o Antisera set A-I (Difco), Bacto-Salmonella H Antisera d,1,2 (Difco) y serum agglutinants anti-Vibrio cholerae Inaba (I. Pasteur) para la identificación serológica.

Para la determinación de la sensibilidad antimicrobiana, se utilizó el método de disco-plata. (3) La medición de los halos producidos por los distintos antimicrobianos fue realizada de acuerdo con las recomendaciones standard. *Salmonella muenchen* fue resistente a Ampicilina y Cloramfenicol pero sensible a Cefazolina, Cefamandol, Gentamicina, Tetraciclina, Polimixina B, Fosfomicina y Cotrimoxazol.

*Vibrio cholerae* fue únicamente sensible a Gentamicina y Tetraciclina y resistente a Ampicilina, Cotrimoxazol, Cefazolina, Cefamandol, Fosfomicina, Polimixina B y Cloramfenicol.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El hallazgo de varios microorganismos intestinales patógenos en un cuadro diarreico, es un hecho que ocurre con cierta frecuencia. (4)

En nuestro medio las gastroenteritis producidas por *Salmonella* constituyen un problema a considerar. (5, 6 y 7).

Aunque las infecciones por *Salmonella* continúan siendo un problema mundial y son una causa frecuente de gastroenteritis, no ocurre en absoluto

lo mismo con el *V. cholerae*. Sin embargo debido a la vecindad geográfica con Africa, debemos considerar y no olvidar, que determinados enfermos afectados de cuadros diarreicos, que vuelven a nuestro país procedentes de aquel Continente, pueden presentar un cuadro diarreico colérico y establecerse un importante problema epidemiológico.

En este enfermo de cuyas heces se cultivó *V. cholerae* y *Salmonella muenchen* conjuntamente, no se derivaron nuevos casos de cólera, con lo que el hallazgo microbiológico supuso el diagnóstico de su cuadro diarreico; sin embargo no se presentaron nuevos casos secundarios.

El estudio microbiológico de los enfermos afectados de cuadros diarreicos, provenientes de zonas endémicas de cólera, debe ser obligado para evitar posteriores casos secundarios que de origen a un serio problema de salud pública.

#### RESUMEN

El autor presenta un caso de diarrea en un hombre procedente de Oran, en quien se aisló *V. Cholerae*, biotipo Inaba. Destaca el interés del estudio microbiológico de todo enfermo con cuadro diarreico procedente de zonas endémicas de cólera y de la aplicación del correspondiente tratamiento.

#### RESUME

L'auteur present un cas de diarrhée chez un homme provenant d'Oran Hou on a isolé *V. cholerae* biotype Inaba. Il souligne l'interet de l'étude microbiologique de tous les malades diarrheiques provenant des aires endémiques de choléra et de son traitement.

#### SUMMARY

The author reports on a case of diarrhea in a man from Oran where *V. cholerae* biotype Inaba was isolated. He emphasizes the interest of the microbiological study of all the patients with diarrhea coming from areas where cholera is endemic and of their treatment.

#### BIBLIOGRAFIA

1. MACKAY, D.M. Cholera: The present world situation. *Trans. Roy Soc. Trop. Med. Hyg.* 73: 1-2 (1979).
2. JUQ, M.I. A simple laboratory method for the diagnosis of *V. cholerae*. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 73:553-556 (1979).
3. BAUER, A.W. et al. Antibiotic susceptibility testing by a standardizerd single disc method. *Am. J. Clin. Pathol.* 45: 493-496 (1966).
4. SEN, D. et al. Aetiological Studies on hospital in-patients with acute diarrhoea in Calcutta. *Trans. Roy. Soc. trop. Med. Hyg.* 77: 212-214 (1983).

## ESTUDIO MICROBIOLOGICO

Se estudia un enfermo de 40 años de edad, el cual el 28 de septiembre de 1983 presentó fiebre de 38° C. y una importante diarrea de Oran (Norte de Africa). Cinco días más tarde del comienzo de sus síntomas es ingresado en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas (Madrid). El día 10 de octubre de 1983 se cultiva a partir de sus heces *Vibrio cholerae* biotipo Inaba y *Salmonella muenchen*. El enfermo se recuperó de su enfermedad después de la rehidratación intravenosa y con tratamiento específico de tetraciclinas.

Las heces diarreicas fueron cultivadas en placas de Mac Conkey Agar (Oxoid) y Caldo Selenito (Difco), e incubadas a 37° C. durante 18 horas. De la misma forma las heces fueron también sembradas en S.S. Agar (Oxoid) e incubadas a temperatura ambiente durante 18 horas.

*Salmonella* se aisló en Mac Conkey Agar, S.S. Agar y Caldo Selenito y *Vibrio cholerae* en S.S. Agar que había estado incubado a temperatura ambiente.

Ambos microorganismos, *Salmonella* y *Vibrio*, fueron identificados bioquímica y serológicamente mediante la utilización de dos sistemas de identificación comerciales, API 20 E, para la identificación bioquímica y Bacto-Salmonella o Antisera set A-I (Difco), Bacto-Salmonella H Antisera d,1,2 (Difco) y serum agglutinants anti-Vibrio cholerae Inaba (I. Pasteur) para la identificación serológica.

Para la determinación de la sensibilidad antimicrobiana, se utilizó el método de disco-plata. (3) La medición de los halos producidos por los distintos antimicrobianos fue realizada de acuerdo con las recomendaciones standard. *Salmonella muenchen* fue resistente a Ampicilina y Cloramfenicol pero sensible a Cefazolina, Cefamandol, Gentamicina, Tetraciclina, Polimixina B, Fosfomicina y Cotrimoxazol.

*Vibrio cholerae* fue únicamente sensible a Gentamicina y Tetraciclina y resistente a Ampicilina, Cotrimoxazol, Cefazolina, Cefamandol, Fosfomicina, Polimixina B y Cloramfenicol.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El hallazgo de varios microorganismos intestinales patógenos en un cuadro diarreico, es un hecho que ocurre con cierta frecuencia. (4)

En nuestro medio las gastroenteritis producidas por *Salmonella* constituyen un problema a considerar. (5, 6 y 7).

Aunque las infecciones por *Salmonella* continúan siendo un problema mundial y son una causa frecuente de gastroenteritis, no ocurre en absoluto

lo mismo con el *V. cholerae*. Sin embargo debido a la vecindad geográfica con Africa, debemos considerar y no olvidar, que determinados enfermos afectados de cuadros diarreicos, que vuelven a nuestro país procedentes de aquel Continente, pueden presentar un cuadro diarreico colérico y establecerse un importante problema epidemiológico.

En este enfermo de cuyas heces se cultivó *V. cholerae* y *Salmonella muenchen* conjuntamente, no se derivaron nuevos casos de cólera, con lo que el hallazgo microbiológico supuso el diagnóstico de su cuadro diarreico; sin embargo no se presentaron nuevos casos secundarios.

El estudio microbiológico de los enfermos afectados de cuadros diarreicos, provenientes de zonas endémicas de cólera, debe ser obligado para evitar posteriores casos secundarios que de origen a un serio problema de salud pública.

#### RESUMEN

El autor presenta un caso de diarrea en un hombre procedente de Oran, en quien se aisló *V. Cholerae*, biotipo Inaba. Destaca el interés del estudio microbiológico de todo enfermo con cuadro diarreico procedente de zonas endémicas de cólera y de la aplicación del correspondiente tratamiento.

#### RESUME

L'auteur present un cas de diarrhée chez un homme provenant d'Oran Hou on a isolé *V. cholerae* biotype Inaba. Il souligne l'interet de l'étude microbiologique de tous les malades diarrheiques provenant des aires endémiques de choléra et de son traitement.

#### SUMMARY

The author reports on a case of diarrhea in a man from Oran where *V. cholerae* biotype Inaba was isolated. He emphasizes the interest of the microbiological study of all the patients with diarrhea coming from areas where cholera is endemic and of their treatment.

#### BIBLIOGRAFIA

1. MACKAY, D.M. Cholera: The present world situation. *Trans. Roy Soc. Trop. Med. Hyg.* 73: 1-2 (1979).
2. JUQ, M.I. A simple laboratory method for the diagnosis of *V. cholerae*. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 73:553-556 (1979).
3. BAUER, A.W. et al. Antibiotic susceptibility testing by a standardized single disc method. *Am. J. Clin. Pathol.* 45: 493-496 (1966).
4. SEN, D. et al. Aetiological Studies on hospital in-patients with acute diarrhoea in Calcutta. *Trans. Roy. Soc. trop. Med. Hyg.* 77: 212-214 (1983).

5. LOPEZ-BREA, M. MESEGUER, M. A. and BAQUERO, M. Salmonella Typhi incidence compared to other Salmonella sp.p. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 75: 331-332 (1981).
6. LOPEZ-BREA, M. MESEGUER, M.A. y BAQUERO, M. Frecuencia de aislamiento en coprocultivo y hemocultivo de las distintas especies del género salmonella. *Rev. San. Hig. Pub.* 54: 709-717 (1980).
7. LOPEZ-BREA, M. et. al. Salmonella: incidencia de especies y aspectos microbiológicos. *Re. San. Hig. Pub.* 1984 (En prensa).

## **Influencias Psico-Biológicas de las guarderías en los niños durante su tercer año de vida**

María Sainz Martín

### **INTRODUCCION**

La situación laboral de la mujer, en nuestra sociedad, me llevaba directa y continuamente a preguntas como: ¿Qué hacer cuando se tienen hijos? ¿Pueden las guarderías sustituir a las madres? ¿Es compensatorio moral y socialmente el llevar a los niños a las guarderías?

Miles de preguntas se sucedían unas a las otras en torno a la problemática situación de la mujer y los hijos, hasta que me decidí a ir al terreno concreto: la guardería.

No había en nuestro país estudios de campo, pero sí muchas contradicciones en las diversas opiniones que ofrece el tema, lo que me produjo mayor desasosiego y necesidad de obtener datos a favor y en contra, si los hubiera, que pudieran esclarecer el tema.

Como médico puericultor me hice varias preguntas antes de comenzar el proyecto:

1. ¿Incumbe a la medicina este tema?
2. ¿La guardería es una necesidad estrictamente social?
3. ¿Influirá la guardería en la salud tanto física como psíquica del niño?

La primera pregunta era afirmativa, ya que todo lo que incumbe al ser humano atañe en especial al médico, atendiendo, sobre todo, a una necesidad



sanitario-preventiva para favorecer la salud del hombre, en este caso la de los niños.

Las otras preguntas no tenían contestación inmediata; era cuestión de trabajar, buscar fuentes y datos que facilitaran, en una investigación elaborada, hechos concretos que reforzaran las ideas.

A través de una breve historia social del niño, desde las culturas antiguas más cercanas a nuestra civilización europea, como la egipcia, hebrea, griega y romana, el sacrificio de los recién nacidos era tolerado dentro de unas normas peculiares, pues no eran considerados como personas, no ya los débiles o malformados, sino cualquier niño y, sobre todo, niña aunque estuviesen sanos.

Con la expansión del cristianismo por las civilizaciones occidentales, comenzó a cimentarse una protección social del niño. A tales extremos se había llegado que el mismo Constantino, primer emperador cristiano en el año 318, tuvo que prohibir bajo pena de muerte el asesinato de niños en el Imperio Romano.

Teniendo en cuenta que hasta los finales del feudalismo y en algunas épocas posteriores, los matrimonios eran concertados, no nos debe extrañar la proliferación de ilegítimos y expósitos que había en la Edad Media. Ante esta necesidad surgen las instituciones llamadas Inclusas, que proliferaron en la Edad Media, como la de Montpellier (1070), Roma (1204), con el primer torno; Nuremberg, París, etc.

En la Edad Moderna, con la revolución industrial, surgen nuevas necesidades y con éstas el salario por mano de obra y en ella la mujer como mano de obra barata, dentro de la clase proletaria. Tenemos magníficos documentos que nos informan de la situación laboral y social de los siglos XVIII y XIX. Así Peiper, en su "Crónica de la Pediatría" sobre el trabajo infantil en Inglaterra, dice: "...En las fábricas y manufacturas, los niños comienzan en ocasiones a trabajar cuando cuentan tres o cuatro años de edad y tienen un horario casi igual al de los adultos, a veces de dieciseis e incluso dieciocho horas. La mayoría de las veces, los lugares de trabajo están pésimamente instalados, por lo que se refiere a las letrinas, ventilación y calefacción. La limpieza es poco o nada tenida en cuenta".

Afortunadamente para estos niños fue la legislación laboral de estos países la que fue protegiendo progresivamente a los pequeños. Unas veces recortando los horarios laborales, otras prohibiendo el empleo de menores de nueve años, así como dando normas de descanso, prohibiendo el trabajo nocturno a los niños y a las mujeres, nombrando médicos de empresa, etc.

En un principio se alternó la escolaridad con el trabajo, hasta que en 1880 se impuso la Escolaridad General Obligatoria, para los menores de diez años, en Inglaterra y otros países.

Debido a esta nueva situación social los centros cerrados, como hospicios, orfanatos, etc, no servían a esta nueva exigencia en la sociedad industrial, donde la mujer se incorporaba crecientemente a los trabajos extra-familiares.

Ya en 1779 un párroco de Alsacia, llamado Oberlin, recogía a los pequeños durante las horas que trabajaban fuera del hogar, creando así la primera guardería, de régimen abierto, pues los niños, al finalizar la jornada laboral de sus madres, volvían a sus casas. Este nuevo centro social se parecía más a un embrión de escuela, donde se impartían nociones de Historia, Religión, etc., que a las modernas corrientes psico-pedagógicas que influyen en las guarderías actuales.

Tanto los avances jurídicos, económicos, políticos y sociales de los países desarrollados, como los avances de la medicina y la ciencia en general, han sido los mediadores para que el mundo infantil adquiriese la importancia que tiene en la sociedad actual.

La Declaración de los Derechos Internacionales del Niño ha revolucionado los conceptos y preceptos pasivos del mundo infantil, haciéndole obtener valores tan importantes como el ser la base de una futura sociedad más sana, entendiendo por salud el bienestar tanto físico, mental y social, como preconiza la OMS, incluso antes de su nacimiento.

## **MATERIAL Y METODO**

Para desarrollar el trabajo sobre las influencias psico-biológicas que podían existir en los niños que van a guarderías, elaboré un cuestionario en el que existían tres grandes apartados: el apartado social, el epidemiológico y el preventivo.

Dicha encuesta médico-social, como cualquier investigación de campo, se basa en la descripción de datos obtenidos a través de los cuestionarios realizados en entrevistas personales con las madres de los niños que van a guardería, tanto de carácter público como privado, y a las madres que no han ido a guardería, tomándolas como grupo control.

También se estudió niño a niño, grupo de estudio y control, utilizando la escala de Vineland para observar las influencias psico-sociales de dichos centros.

### **Edad de los niños.**

Me pareció interesante que la edad oscilara desde su tercer hasta su cuarto año, ambos recién cumplidos. Se toma dicho año de vida por ser una edad de transición entre un estado de influencia familiar y materna (grupo control) antes de la escolarización y la influencia, si existiera, de la socialización precoz en guardería (grupo estudiado).

### Número de encuestados.

La muestra estudiada fue de 88 madres, en igual proporción las de guardería y las de control, así como sus 88 hijos respectivos de 3 a 4 años, de ambos grupos.

### Clase social.

Para conocer el entorno social del niño se utiliza el baremo económico de la encuesta, que se ha obtenido por la media aritmética de los costes mensuales de las guarderías públicas y privadas de estudio.

El grupo control se midió por el trabajo paterno. Tanto un grupo como otro responden, en términos medios, a un entorno social aceptable para el desarrollo psico-fisiológico del niño.

### Características de la encuesta.

La encuesta tiene un total de 14 preguntas, con algunas subdivisiones, tanto de carácter abierto como cerrado.

Se agrupan según los apartados a estudiar:

- A. Un primer grupo de preguntas que inciden en el *aspecto social* que ejerce una guardería en una colectividad y en los niños que van.  
Así, la 1ª pregunta, con sus apartados a, b, c y d; las preguntas 2ª, 3ª y 13ª recogen las causas reales por las cuales van los niños a las guarderías y cuál es la opinión social que se tiene de dichos centros.
- B. Un segundo grupo recoge los datos sobre *aspectos preventivos* que se ejercen en los niños. Las preguntas 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª y 12ª nos indican las profilaxis vitamínicas, lactancia materna, vacunación, etc., en los primeros años de la vida.
- C. Un tercer grupo sobre *aspectos epidemiológicos* a los que se hallan sometidos los niños en dichas colectividades y los que no están bajo tal influencia (control).  
Las preguntas 8ª, 9ª, 10ª y 11ª nos refieren datos sobre la propagación, estación, edad, etc., de las enfermedades propias de la infancia, como son las exantemáticas.

### VINELAND-SCALE

Para obtener el desarrollo y el comportamiento psicosocial del niño, hemos de abarcar desde la coordinación motriz y sensitiva, que refleje el progreso de los órganos y sus funciones, hasta el desarrollo del lenguaje como maduración del sistema nervioso.

Por medio de esta escala se pueden extraer datos que faciliten el análisis de la investigación, pues el niño de tres años coordina con cierta seguridad los movimientos gruesos y finos en el juego, también desarrolla con más amplitud su lenguaje, a la vez que su fantasía e imaginación absorben gran parte de la realidad en que se mueve.

Hemos estudiado los cinco apartados de la escala, tanto en los de guardería como en el grupo control, que son:

- I. Comer
- II. Vestirse
- III. Higiene y Aseo
- IV. Autonomía y Desplazamiento
- V. Juego y Sociabilidad

## RESULTADOS

### 1. SOBRE EL ASPECTO SOCIAL DE LA INVESTIGACION

Si la necesidad social de guarderías era admitida a priori en base a la incorporación de la mujer al trabajo, debemos observar que el proceso de incorporar a dicha necesidad (fundamentalmente desarrollada a partir del año 42 por la Ley de Bases) la cultural, existente en otros países, según autores tanto europeos como americanos, vamos retrasados medio siglo.

Afortunadamente para el futuro de nuestra sociedad las madres tienen un alto valor conceptual de que los niños deben relacionarse con otros niños. Por ejemplo, una madre me llegó a definir que la función de la guardería era "formar al niño en el juego"; dicha exposición está definida por muchos de los pioneros de psico-pedagogía actual y algunos de sus sucesores.

Aunque algunas madres no trabajan fuera del hogar y aún teniendo una opinión favorable de la guardería, chocan con el gran coste y la escasez del número de las mismas, a la vez que la mala instalación de algunas impiden que lleven a sus pequeños.

La adaptación del niño a la guardería es uno de los temas más polémicos, aunque se observa en la investigación realizada que los menores de seis meses no tienen ninguna dificultad, pues ninguno expresa por llanto el desagrado de entrar por primera vez en tales centros. Este hecho no he podido compararlo con otros autores, por ser original dicha relación a este trabajo, sin embargo, me induce a pensar que el niño menor de seis meses no tiene madurada a niveles psicológicos la dependencia materna. Mientras que los de siete meses hasta los de dieciocho, todos han llorado los primeros días al entrar en la guardería, incluso a algunos les ha costado un año o más

el adaptarse al nuevo medio, encontrándose casos de niños en ese período de edad que en el primer y segundo día no lloraron, por sí el tercero y los días sucesivos (véanse casos concretos en el trabajo de campo), pudiendo ser debido a la situación novedosa de los primeros momentos. A partir del año y medio desciende el porcentaje de niños que lloran para adaptarse hasta la edad de tres años y medio, que al igual que los menores de seis meses ninguno llora, existiendo una gran maduración diferencial en el desarrollo psico-fisiológico entre dichas edades.

Me he encontrado con casos de niños que si son llevados por sus padres a las guarderías no lloran, mientras que con sus madres sí lo hacen, oponiéndose violentamente con toda clase de protestas.

La opinión generalizada de que dichos centros surten efectos positivos sobre los niños contradice las sugerencias que sobre tales centros efectuó Bowlby en su hipótesis "Soins Maternels et santé mentale", aunque sus ideas tuvieron seguidores por el año 1951, a partir de las refutaciones hechas en 1963 por Ainsworth y otros, así como las experiencias de Lydia P. Dbosch y otros psicólogos y pedagogos, refuerzan de nuevo la opinión positiva de las guarderías.

## **2. SOBRE EL ASPECTO PREVENTIVO DE LA INVESTIGACION**

Aunque la opinión general de cualquier tratado sobre patología infantil apoya la idea de que los centros colectivos favorecen la propagación de las enfermedades infecciosas, en la investigación se observa que tal idea no es totalmente exacta, ya que se deduce del trabajo de campo que los niños que van o no a la guardería pueden padecer por igual las mismas enfermedades.

Esta contradicción entre la idea del medio de propagación con la de los resultados de investigación, es aparente, pues siendo lógica la mayor difusión de enfermedades contagiosas en locales cerrados, también muchas de las enfermedades infecto-contagiosas de la infancia tienen tal capacidad de contagio que, existiendo brotes o epidemias, sus portadores pueden estar en centros abiertos o cerrados, contagiando a su paso a todo ser receptivo.

Existe una difundida opinión de que las guarderías deberían estar controladas por médicos entre las madres entrevistadas. Sólo las estatales dirigidas por el Auxilio Social tenían el privilegio de tener Médicos Puericultores del Estado (formados en la Escuela Nacional de Puericultura), pero al pasar a depender del Ministerio de Trabajo éste pareció considerarlo innecesario.

Entre las guarderías estatales y las más privilegiadas económicamente, que tienen concertadas a nivel privado algún servicio médico, existe una

gran variedad de guarderías, "centros de recogida de niños", "jardines de infancia", etc., que no cuentan con la más mínima vigilancia médica.

Afortunadamente la profilaxis vitamínica está extendida según se desprende del trabajo de campo, aunque si generalizamos dicha opinión esto nos llevaría a los mitos exagerados sobre su eficacia y a la actual demanda en las consultas de los ambulatorios.

Sobre el calendario de vacunación se obtienen unos buenos resultados gracias a los grandes esfuerzos de la OMS y nuestro Ministerio de Sanidad y Consumo realizan en las campañas anuales de nuestro país.

Pero hay que constatar la necesidad de vacunar a los niños contra el sarampión, sobre todo los de guarderías a los nueve meses, como recomienda el actual calendario de vacunación del Ministerio de Sanidad y Consumo, puesto que los porcentajes de vacunados obtenidos en este trabajo de investigación revelan un índice muy bajo.

### **3. SOBRE EL ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

El tipo de enfermedades padecidas por los niños en su primera infancia son las exantemáticas fundamentalmente.

Existe una contradicción en el porcentaje de niños que padecieron la enfermedad del sarampión entre los de guarderías y los del control (59,09% y 70,45%, respectivamente). Este supuesto error se puede entender si le sumamos el alto porcentaje que tienen con respecto a la rubeola (29,54% de niños de guarderías y 4,54% de los del control). Y se le debe añadir el porcentaje de rubeola, para una mejor comprensión, porque diversos autores como Casado de Frías, Nelson y otros juzgan la dificultad de diagnóstico que existe entre una rubeola y un sarampión atenuado.

La edad más frecuente tanto para el sarampión como para la rubeola, en nuestro país, es la de dos años, mientras que según barrera Moncada en Venezuela, su país, dicho índice es superior en los menores de dos años. Ello es debido a la sustancial diferencia tanto del bajo índice de la población como de las medidas higiénico-preventivas de su población infantil.

La varicela es una enfermedad propia de colegios y guarderías pues sus pródromos son mínimos o inoperantes y su contagiosidad enorme, por medio de las gotitas de Pflügge (véase bibliografía nº 15). Lógicamente el porcentaje que obtenemos en la investigación es más elevado en la guardería que en el grupo control.

La Tos Ferina, sin embargo, la padecen más los niños del grupo control; esto se debe a que su sintomatología es tan llamativa que cuando la padecen los niños de las guarderías son aislados, evitando así la propagación.

Las paperas, al igual que la varicela, se propagan con mayor intensidad en las guarderías. Afortunadamente se ha realizado la comercialización, en nuestro país, de la vacuna Trivírica que favorece la prevención de dicho padecimiento.

Otras enfermedades apuntadas en el cuestionario no tienen ninguna incidencia debido al pequeño número de casos tratados en la investigación.

Tanto la parasitosis como los accidentes sufridos en ambos grupos son irrelevantes para el número de casos observados. Aunque los datos obtenidos sobre los tipos de accidentes, como ingesta de medicamentos, quemaduras, etc., se suceden fundamentalmente en las casas de los pequeños, ya que las guarderías, por lo general, están más acondicionadas para ser habitadas por niños.

La opinión de las madres sobre que los niños de las guarderías pasan igual las enfermedades que los que no van, pero lógicamente suelen pasarlas antes, es un hecho que se constata con respecto a los catarrros comunes.

Así existe un grupo importante de niños que desde que han nacido sufren catarrros frecuentes, tanto vayan o no a guarderías, como estén o no amamantados por sus madres. En cambio existe otro grupo que a partir del año de vida y siendo amamantados por sus madres comienzan con catarrros frecuentes; en éste hay un cierto predominio de los niños que van a guarderías sobre los del control. Y un último grupo, que no padecen catarrros y que son amamantados por sus madres, está integrado por niños fundamentalmente que no asisten a guarderías (grupo control).

Resumiendo lo anteriormente expuesto habrá un grupo de niños que con independencia del medio sufrirán catarrros frecuentes; otros que, al contacto con focos infecciosos repetidamente y con cierta precocidad, sufrirán catarrros frecuentes, a la vez que estimularán su sistema inmunológico; y, por último, otros que, a pesar de convivir con niños más o menos infectantes, no sufrirán catarrros frecuentes puesto que, indudablemente, poseen un sistema inmunológico desarrollado.

#### **4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DEL VINELAND-SCALE.**

Esta escala nos ayuda a obtener las diferencias psico-sociales, cuando existen, entre ambos grupos.

En el apartado I, "Comer", se observa un resultado similar en ambos grupos, representados en la gráfica nº 3, induciéndonos a pensar que la utilización grosera y fina de los utensilios (cuchara, tenedor, tazas, etc.) de comer la ejecutan correctamente a esa edad todos los niños.



En el apartado II "Vestirse y Desnudarse", obtenemos valores diferenciales entre un grupo y otro. Mientras los niños de guarderías que ejecutan perfectamente dichos actos es superior a los del control (20,45% y 6,81%, respectivamente) el porcentaje mayor de la investigación se halla distribuido en distintos niveles, así los niños del control superan en la puntuación (según la gráfica 4 el máximo es de 8 puntos de la escala) a los de la guardería (su puntuación máxima es de 6 en la escala). Dicha diferencia es lógica pues la dedicación materna en ambos grupos para estos menesteres es muy distinta. Muchas madres que llevan a sus hijos a guarderías me comentaron que no les dejaban vestirse solos porque tardaban mucho y ellas no disponían de tiempo. Este aprendizaje requiere tiempo en el niño, por ello M. Montessori opina que se les debe enseñar en dichos centros.

En el apartado III, "Higiene y Aseo", hay un ligero predominio, tanto en la mayoría de los investigados como en la puntuación, del grupo control con respecto a los niños de la guardería, aunque ambos estén representados en la gráfica 5 por líneas ascendentes. Tal diferencia, aunque sea leve, puede ser debida, por un lado, a las teorías de psico-pedagogía de que los niños deben jugar y aprender con los elementos naturales (tierra, agua, barro, etc.), que se suele enseñar en las guarderías que aceptan dichos métodos.

En el apartado IV, "Autonomía y Desplazamiento", coinciden ambos grupos en la puntuación óptima y el porcentaje máximo de niños investigados. El resto de niños que obtienen la puntuación de ocho es superior en los de guarderías, mientras que con los de control llegamos a encontrar, aunque en porcentaje bajo, niños con puntuaciones de 6 y 5. A pesar de que las diferencias en estas puntuaciones no son tajantes, los niños de guardería ejercen con mayor soltura tales movimientos de independencia física.

En el apartado V, "Juego y Sociabilidad", los resultados no son espectaculares, obteniéndose que la puntuación máxima de 9 es superior en los de guardería (38,63% en la gráfica 7) mientras que en el grupo control la puntuación máxima es de 8 (obteniendo el 52,27% en la gráfica nº 7).

Pero si sumamos los valores de las puntuaciones 8 y 9 en ambos grupos nos da el mismo porcentaje. La diferencia estriba, pues, en la última pregunta de este apartado (Recita, canta y baila para divertir a los demás). Si los niños de guardería están en contacto con otros niños, también lo están con adultos (maestros parvulistas, guardadoras, etc.), siendo enseñados a ejercitar actividades en la colectividad que les capacita para comunicarse con más facilidad con otros niños y con adultos extrafamiliares.

Este aprendizaje socializante está defendido en todas las corrientes psico-pedagógicas, pues consideran —de excelente modo— que el niño debe ser educado ejercitando la función lúdica, actividad ésta innata a todos los seres humanos.



## CONCLUSIONES

— Las guarderías, en su más amplio concepto, han pasado de ser sólo consideradas como centros sociales a centros educacionales en nuestra sociedad.

— Las guarderías deben ser consideradas como parte integrante de la vida socio-cultural del niño en nuestra sociedad.

— Al parecer la mejor edad de adaptación del niño oscila entre los menores de seis meses y a partir de los dos años.

— Tras la obtención de los resultados del trabajo de campo es posible afirmar que las guarderías, por lo general, favorecen los llamados en la encuesta "Valores Positivos" del desarrollo psico-social del niño.

— Existe una similar capacidad receptora, del número global de enfermedades tanto en los niños del grupo control como en los de guardería. De igual manera es posible constatar que entre estos resultados y la opinión de las madres entrevistadas, existe un gran paralelismo, por lo que, en este sentido, puede hablarse de un alto grado de conciencia educacional.

— El niño debe ser considerado como un ser social, que además de relacionarse con otros niños, debe hacerlo con adultos extrafamiliares, como lo hacen en las guarderías, por lo que parece aconsejable prestar a esta última característica su debida importancia.

— Las necesidades sociales marchan muy por delante de la Legislación, por lo que parece necesario adecuar la Legislación sobre Guarderías en España.

## RESUMEN

Estudio de casos-control para investigar las posibles influencias psico-biológicas y sociales que las guarderías pueden ejercer en los primeros años de la vida.

Dentro de los resultados sociales más llamativos está el paso conceptual, de ser centros asistenciales a centros educacionales, en las madres entrevistadas; las patologías diversas y su edad de comienzo en los grupos estudiados; la capacidad de adaptación social favorecida por la socialización precoz de las guarderías.

Las conclusiones más interesantes son que las guarderías deben ser consideradas como parte integrante de la vida socio-cultural del niño en nuestra sociedad y que la edad de mejor adaptación del niño a la guardería oscila entre los menores de seis meses y a partir de los dos años.

## RESUME

Etude case-control pour la recherche des possibles influences psychobiologiques et sociales que les crèches peuvent avoir dans les premières années de la vie. Parmi les résultats sociaux les plus frappants sont: le changement conceptuel chez les mères rencontrés, de centres de soins à centres éducatifs; la capacité d'adaptation sociale favorisée par la socialisation précoce dans les crèches. Les conclusions les plus intéressantes sont que les crèches doivent être considérées comme une partie intégrante de la vie socio-culturelle de l'enfant dans notre société et que l'âge pour la meilleure adaptation de l'enfant à la crèche sont les premiers six mois et après les deux ans.

## SUMMARY

Case-control study to ascertain the potential psychobiological and social influences of the nurseries during the first years of life. Among the most attracting attention social results are: the conceptual change from caring to educational centres in the interviewed mothers; the ability of social adaptation favored by the early socialization in the nurseries. The most interesting conclusions are that the nurseries must be considered as an integral part of the socio-cultural life of the child in our society and that the age of better adaptation of the child to the nursery is the first six months of life and from two years of age forwards.

## BIBLIOGRAFIA

1. AINSWORTH, D. y otros: Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias. *Cuadernos de Salud pública*, n° 14, O.M.S., 1963.
2. BOSCH-MARIN, Juan: Los servicios de Sanidad Maternal e Infantil en Europa. (Informe sobre el Symposium organizado por la O.M.S. en Berna, Junio 1961). Ministerio de Gobernación (Publicaciones al servicio del Niño Español, XXIV, n° 285-286).
3. BOSCH y otros: "Un jardín de infancia mejor. Siete propuestas". Ed. Nebrija, León, 1979.
4. BOSCH, Lydia P. de: "Evaluación en el jardín de infantes". Ed. Librería del Colegio. Buenos Aires, 1977.
5. BOWLBY, J.: "Cuidados maternos y salud mental" (Serie monográfica n° 2), O.M.S., 1951.
6. BRAVO SANCHEZ DEL PERAL: "Organización y Legislación de los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal en España". Dirección General de Sanidad. Madrid, 1954 (Colección al servicio de España y del niño español).
7. CASADO DE FRIAS, E.: "Lecciones de Pediatría" (I, 2ª ed.). Imprenta Adosa, Madrid, 1979.
8. Comisaría General de Protección Escolar y Asistencia Social: "Niños. Beneficencia Escolar. Legislación en España". Madrid.

9. DECROLY, O. y DECORDES, V.: "El jardín de la infancia en la escuela Decroly". C.I.R.E.G., 1957.
10. EVANS-PRITCHARD, E.E.: "Antología Social". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1967.
11. FROEBES, José: "Tratado de Sicología Experimental" (Traducido al castellano de la 3ª edición, alemana, por J.A. Menchaca, Imprenta Aldecoa, S.A., I).
12. LURCAT, L.: "El parvulario, ¿una escuela diferente?". Ed. Avance, Barcelona, 1977.
13. MONTESSORI, M.: "La mente absorbente del niño" (trad. por Mireilla Bofilli). Ed. Araluce, Barcelona, 1971.
14. MONTESSORI, M.: "El niño. El secreto de la infancia" (Versión y traducción de Amalia Benet). Ed. Araluce, 2ª edición, Barcelona, 1968.
15. MONTESSORI, M.: "El método de la Pedagogía Científica aplicada a la educación de la infancia en las "Casa dei Bambini". Barcelona, 1915.
16. ODENA, P.: "Psicomotricidad en Parvulario". Ed. Nuestra Cultura, Madrid, 1980.
17. O.M.S.: Higiene Materna Infantil en la U.R.S.S. Cuadernos de Salud Pública, nº 11. Ginebra, 1962.
18. RODRIGUEZ-PUERTOLAS, J.: Los niños en la poesía de Antonio Machado. Universidad de California. Los Angeles, 1975.
19. TOUGH, J.: "Cómo dialogar con los niños". Ed. Ateneo, Madrid, 1978.
20. VALMAN, H.B.: "Urgencia y Accidentes en Pediatría". Ed. Gea, Barcelona, 1978.
21. VILLAR, Dolores: "Repercusiones de la escolaridad en la biología infantil". Sucesores de Vives Maora, Valencia, 1962.
22. VIVANCO, F. y PALACIOS, J.M.: "Alimentación y nutrición". D.G.S., Madrid, 1974.

## **Infecciones del Sistema Nervioso en Inmunodepresión**

P. Martínez-Martín \*

E. Estèvez \*

J.L. Rapun \*

### **INTRODUCCION**

La población de pacientes con graves alteraciones inmunitarias crece continuamente en los últimos años, como consecuencia del tratamiento, (cada vez más eficaz) de las neoplasias, los avances y proliferación de transplantes de órganos y la aplicación de terapia inmunosupresora en otros procesos, así como por la mayor supervivencia de los pacientes con infecciones que antes resultaban fatales (1-5). La aparición de una nueva entidad que cursa, fundamentalmente, con inmunosupresión (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida) ha incrementado el interés sobre estos procesos.

Al considerar que las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) son, habitualmente procesos graves, es lógico deducir que su pronóstico vital y funcional empeora al incidir sobre una población cuya capacidad de respuesta a la infección está mermada.

### **FACTORES DE RIESGO**

La alteración del complejo sistema de defensas que asegura la protección frente a las infecciones representa una situación de riesgo, cuya trascendencia es variable.

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

Estas alteraciones pueden disminuir o anular la capacidad de respuesta inflamatoria (neutropenia, defectos quimiotácticos o en la fagocitosis), inmunológica (difusión de células T, B ó mixtas) ó ambas, como sucede en la enfermedad de Hodgkin o en la diabetes mellitus. Por otra parte la labor clínica destinada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de base y sus complicaciones favorece la infección al crear puertas de entrada y vías de diseminación de la misma (catéteres, sondas, tubos, biopsias, procedimientos quirúrgicos).

Finalmente, determinados tratamientos como la irradiación terapéutica, las drogas inmunosupresoras o citotóxicas, alteran el componente humoral y/o celular de las respuestas inflamatoria e inmunológica).

### **CARACTERISTICAS DE ESTE TIPO DE INFECCIONES**

1) Aunque no se han establecido cifras de incidencia globales, puede afirmarse que su frecuencia es creciente. Se presentan en 5-10% de los trasplantes renales y en 0,02 - 1% de los pacientes con cáncer (6-8). En algunas situaciones de compromiso inmunológico sólo son superadas en número por la patología infecciosa pulmonar (3).

2) La etiología de la mayor parte de los casos, así como su comportamiento clínico y evolutivo, permiten clasificarlas como infecciones oportunistas.

3) Los agentes causales posibles son múltiples. Algunos también producen enfermedad en individuos previamente normales, pero otros sólo aparecen en el contexto de la inmunodepresión o predominan en él. (Tabla I). Tal es el caso de las infecciones por hongos habitualmente no patógenos, las meningitis por *Listeria monocytogenes*, la leucoencefalopatía multifocal progresiva y la encefalitis sarampionosa subaguda con cuerpos de inclusión.

En el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se da una forma de encefalitis subaguda probablemente causada por citomegalovirus (9).

No es rara la infección simultánea, por varios agentes infecciosos.

4) Las manifestaciones clínicas pueden estar enmascaradas, ser escasas y atípicas, en relación con la enfermedad de base, la ausencia de una reacción inflamatoria adecuada y/o el tratamiento intercurrente. Las claves para sospechar una infección del SNC (fiebre, cefalea, alteración del nivel de conciencia ó de la personalidad, signos focales, fenómenos epilépticos y signos de irritación meníngea) pueden ser poco expresivas, darse de forma aislada o estar ausentes.

5) Considerando la situación inmunológica del paciente y su causa, así como el cuadro clínico, es posible sospechar el agente causal en algunos casos.

TABLA I  
AGENTES ETIOLOGICOS DE MAYOR IMPORTANCIA

- |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - | <b>BACTERIAS</b> - | <i>Listeria monocytogenes</i><br><i>Staphylococcus aureus</i><br><i>Pseudomonas aeruginosa</i><br><i>Streptococcus pneumoniae</i><br><i>Hemophilus influenzae</i><br><i>Escherichia coli</i><br><i>Klebsiella</i> spp.<br><i>Bacillus subtilis</i><br><i>Mycobacterium tuberculosis</i> |
| 2 - | <b>VIRUS</b> -     | <i>Herpes zóster</i><br><i>Herpes simplex</i><br><i>Citomegalovirus</i><br><i>Sarampión</i><br><i>Papovavirus</i>                                                                                                                                                                       |
| 3 - | <b>HONGOS</b> -    | <i>Candida</i> spp.<br><i>Cryptococcus neoformans</i><br><i>Nocardia</i> spp.<br><i>Aspergillus</i> spp.<br><i>Mucoraceae</i>                                                                                                                                                           |
| 4 - | <b>PARASITOS</b> - | <i>Toxoplasma gondii</i><br><i>Strongiloides stercoralis</i>                                                                                                                                                                                                                            |

Sin embargo, las posibilidades para hacer un diagnóstico de presunción correcto en cuanto al agente etiológico son, en estos casos, menores que en la población general.

6) Con frecuencia es difícil confirmar el diagnóstico. Los intentos de identificación del agente causal pueden resultar infructuosos en vida y, a veces, el mismo hecho de la existencia de una enfermedad infecciosa del SNC es un hallazgo del estudio anatomopatológico post-mortem.

Los cultivos en medios apropiados (para gérmenes aerobios, anaerobios, cultivos especiales para micobacterias y hongos, cultivos celulares) del líquido cefalorraquídeo y otros fluidos corporales y del material de biopsia, así como una tecnología serológica avanzada aplicable a las muestras pertinentes, integran la base de la investigación etiológica, junto al examen microscópico directo. El estudio se completará con las pruebas complementarias oportu-

nas y debe ser individualizado, seleccionando las técnicas idóneas e interpretando sus resultados cuidadosamente.

7) El diagnóstico diferencial puede ser muy complejo, dado el sustrato en que surgen y el hecho de que las manifestaciones de infección pueden estar desvirtuadas (10). Se requiere una colaboración estrecha con el laboratorio de Microbiología y un enfoque multidisciplinario.

## **TRATAMIENTO**

Hay que tener en cuenta algunos principios generales. En primer lugar, deben ser puestas en práctica las medidas preventivas pertinentes, aunque son pocas las infecciones oportunistas del SNC que tienen una profilaxis eficaz (11). Por otra parte, la terapia debe ser precoz, selectiva e individualizada, ya que estos aspectos influyen significativamente en la supervivencia. Muchos de los pacientes que fallecen por la infección del SNC tendrían buen pronóstico en cuanto a la enfermedad subyacente.

### **1. Meningitis Bacterianas**

El eje del tratamiento es la administración del antibiótico adecuado a dosis adecuadas durante el tiempo necesario, utilizando las pautas reconocidas por su mayor eficacia (10,12,13). Hasta que se identifique con precisión el agente causal y su sensibilidad a los antibióticos, el tratamiento se inicia de forma empírica, teniendo en cuenta factores predisponentes y datos disponibles. La TABLA II recoge algunas de las pautas recomendadas en las situaciones más frecuentes. En la TABLA III aparece la dosificación de los antibióticos más utilizados.

Deberá vigilarse la aparición de complicaciones que requieran un tratamiento específico (crisis epilépticas, hidrocefalia, secreción inadecuada de ADH, vasculitis, hipertensión intracraneal grave, colecciones subdurales).

### **2. Abscesos Cerebrales**

Es preciso recordar que no todos los abscesos cerebrales son producidos, en estos pacientes, por bacterias; también los hongos (p. ej., *Aspergillus*) y parásitos (p. ej., *Toxoplasma*) pueden ocasionarlos.

Su tratamiento tiene dos vertientes. Desde el punto de vista médico se requiere la utilización de antibióticos seleccionados en relación con el posible agente causal, su penetración en tejido y en el pus y su toxicidad. La administración debe iniciarse antes de la cirugía, a dosis similares a las utilizadas para tratar las meningitis, manteniéndose durante 2 semanas por vía parenteral y otras 4 por vía oral como mínimo.

TABLA II  
TRATAMIENTOS RECOMENDADOS EN LAS MENINGITIS BACTERIANAS EN PACIENTES CON CANCER Y/O INMUNODEPRESION

| AGENTE               | ANTIBIOTICO                                         | VIA            | ALTERNATIVAS                                                          |
|----------------------|-----------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------|
| B. Gramnegativos     | - Ampicilina y Gentamicina                          | IV<br>IV, IT   | - Cloranfenicol y Gentamicina                                         |
|                      | - Cefotaxima ó Moxalactam (con/sin amino-glucósido) | IV             | - Cotrimoxazol IV?<br><br>- Carbenicilina y Gentamicina               |
| Pseudomonas          | - Carbenicilina y Gentamicina                       | IV<br>IV, IT   | - Ticarcilina, (ó Azlocilina) y gentamicina<br>- Piperacilina?        |
| Enterococos          | - Penicilina G y Gentamicina                        | IV<br>IV       | - Vancomicina y Gentamicina (IV e IT)<br>- Vancomicina y Rifampicina? |
| L. monocytogenes     | - Ampicilina (con/sin amino-glucósido)              | IV             | - Eritromicina                                                        |
|                      | - Penicilina G (con/sin amino-glucósido)            | IV             | - Cloranfenicol<br>- Ccotrimoxazol?                                   |
| Estafilococos        | - Oxacilina                                         | IV             | - Vancomicina                                                         |
|                      | - Nafcilina                                         | IV             | - Meticilina                                                          |
| S. pneumoniae        | - Penicilina G                                      | IV             | - Cloranfenicol<br>- Eritromicina                                     |
| Anaerobios           | - Penicilina G                                      | IV             | - Vancomicina                                                         |
|                      | - Cloranfenicol                                     | IV             | - Eritromicina<br>- Metronidazol<br>- Rifampicina                     |
| Tras Neurocirugía    | - Oxacilina y Gentamicina                           | IV<br>IV       | - Eritromicina y Gentamicina                                          |
|                      |                                                     |                | - Eritromicina y Cloranfenicol                                        |
| Germen descono- cido | - Oxacilina y Carbenicilina y Gentamicina           | IV<br>IV<br>IV | - Eritromicina, y Gentamicina (o Cloranfenicol)                       |
|                      | - Ticarcilina y Gentamicina                         | IV<br>IV       | - Moxalactam?<br>- Cefotaxima?                                        |

\* Gentamicina puede ser sustituida, habitualmente, por otro aminoglucósido (tobramicina, kanamicina, amikacina), si es necesario.

IV: Via intravenosa

IT: Via intratecal



La cobertura inicial puede realizarse conjuntamente con penicilina y cloranfenicol; para *S. aureus* se recomienda ácido fusídico con meticilina u oxacilina y, para anaerobios, metronidazol añadido a penicilina y cloranfenicol. Los abscesos por *Pseudomonas* deben tratarse con carbenicilina, ó ticarcilina, más aminoglucósido. Los abscesos postquirúrgicos pueden tratarse con oxacilina más gentamicina. Si hay alergia a penicilina puede sustituirse ésta por eritromicina, o por vancomicina si se sospecha *S. aureus*.

El vaciamiento quirúrgico puede realizarse a través de craneotomía abierta o por aspiración, según experiencia, localización y riesgo. Algunos abscesos recientes, pequeños y múltiples pueden curar totalmente con antibioticoterapia (14-16).

TABLA III  
DOSIS DIARIA INTRAVENOSA DE LOS ANTIBIOTICOS MAS UTILIZADOS

| ANTIBIOTICO           | DOSIS DIARIA *                                 |
|-----------------------|------------------------------------------------|
| Penicilina G          | 250.000 U/kg de peso,<br>( $24 \times 10^6$ U) |
| Ampicilina            | 300-400 mg/kg de peso,<br>(8 - 12 gr.)         |
| Cloranfenicol         | 100 mg/kg de peso,<br>4 - 8 gr.)               |
| Gentamicina           | 5 mg/kg de peso,                               |
| Tobramicina           | 4 - 5 mg/kg de peso,                           |
| Oxacilina y Nafcilina | 200 mg/kg de peso,<br>(12 gr.)                 |
| Moxalactam            | 75 - 150 mg/kg de peso,<br>(6 - 12 gr.)        |
| Cefotaxima            | (6 - 12 gr.)                                   |
| Carbenicilina         | 400 - 600 mg/kg de peso,<br>(24 - 36 gr.)      |
| Ticarcilina           | 200 - 300 mg/kg de peso,                       |

\* Dosis a partir de los 2 meses de edad.  
Entre paréntesis, dosis diaria habitual en adultos.

### 3. Infecciones por hongos

Ocasionalmente requieren para su tratamiento procedimientos quirúrgicos, como vaciamiento de un absceso, extirpación de un granuloma o la colocación de una válvula por hidrocefalia. En cualquier caso, siempre es necesaria la terapia con antifúngicos.

De los fármacos disponibles para el tratamiento de las infecciones por hongos (17) solo 3 han demostrado ser útiles en las micosis del SNC: Anfotericina B, 5-Fluorocitosina y miconazol. Las pautas terapéuticas figuran en la tabla IV. La combinación Anfotericina B + 5-Fluorocitosina es recomendable por su sinergismo y menor toxicidad (al permitir menores dosis de Anfotericina B) para tratar infecciones por *Candida*, meningitis criptocócica y aspergilosis. La duración del tratamiento es empírica, recomendándose ciclos de 6-12 semanas. El miconazol se utiliza, preferentemente, cuando el tratamiento con los otros fármacos es imposible o ineficaz. Sulfonamidas, cotrimoxazol, ampicilina, minociclina pueden ser útiles contra *Nocardia* y la penicilina contra *Actinomyces*, siendo el tratamiento de elección contra esta especie. El ketoconazol aparece como un medicamento prometedor (18).

### 4. Infecciones por virus

El herpes zóster en inmunodeprimidos puede ser fatal, pero habitualmente cura de forma espontánea. Desde el punto de vista terapéutico se recomienda suspender el tratamiento inmunosupresor, si es posible, al aparecer las lesiones cutáneas. El tratamiento con adenina-arabinósido se ha mostrado útil, (19) así como el aciclovir e interferon (20). Queda por evaluar el posible papel de la cimetidina (21).

La varicela, en niños, puede provocar encefalitis y ser, eventualmente, fatal. La aparición de una vacunación efectiva (22) puede suponer un avance para la prevención de este proceso. Se recomienda la supresión de la quimioterapia y esteroides al comenzar la varicela; el aciclovir puede ser útil en casos graves (20).

Para encefalitis herpética el tratamiento de elección ha sido la adenina-arabinósido, que demostró una evidente eficacia (23). Un estudio reciente, sin embargo, indica la superioridad de los resultados obtenidos con aciclovir (24). Estos mismos fármacos pueden ser útiles en las encefalitis por citomegalovirus aunque su acción terapéutica en pacientes inmunodeprimidos no está definitivamente establecida.

La vacunación contra el sarampión impide, probablemente, el desarrollo de la encefalitis subaguda con cuerpos de inclusión en niños sometidos a tratamiento antileucémico, si se administra previamente a esta terapia.

TABLA IV  
TRATAMIENTO DE LAS MICOSIS DEL SNC

|                  | VIA  | ADMINISTRACION                                                    | DOSIS                                                                          | ESPECTRO                                                            | EFFECTOS SECUNDARIOS                                                                      |
|------------------|------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anfotericina B   | IV   | En dextrosa 5%                                                    | Inicial: 0,1-0,25 mg/kg/día<br>Mantº: 0,3-0,6 mg/kg/día<br>(hasta 1 mg/kg/día) | Histoplasma<br>Blastomyces<br>Cryptococcus<br>Candida<br>Torulopsis | Intolerancia inmediata<br>Toxicidad renal<br>Hipokaliemia<br>Anemia<br>Shock anafiláctico |
|                  | IT   | En H <sub>2</sub> O destilada,<br>LCR o dextrosa<br>Días alternos | Inicial: 0,1 mg<br>Mantº: 0,25-0,5 mg                                          | Aspergillus<br>Mucor<br>Coccidioides<br>Sporothrix                  | Insuficiencia hepática<br>aguda<br>Fibrilación ventricular                                |
| 5-Fluorocitosina | Oral | ----                                                              | 100 - 150 mg/kg/día                                                            | Cryptococcus<br>Candida<br>Torulopsis                               | Anemia aplástica<br>Diarrea<br>Alucinaciones<br>Alteración pruebas<br>hepáticas           |
| Miconazol        | IV   | ----                                                              | 30 mg/kg/día<br>(Inicial: 20% de dosis)                                        | Cryptococcus<br>Histoplasma<br>Candida<br>Allescheria               | Náuseas<br>Anemia<br>Erupción cutánea<br>Flebitis                                         |
|                  | IT   | ----                                                              | 20 mg                                                                          | Coccidioides                                                        | Confusión<br>Temblor<br>Crisis epilépticas                                                |

IV: Intravenosa; IT: Intratecal

La valoración del resultado de los tratamientos ensayados hasta el momento para la leucoencefalopatía multifocal progresiva es difícil, ya que es infrecuente, se da en individuos con enfermedades graves, presenta dificultades diagnósticas y evoluciona, a veces, de forma irregular.

## 5. Toxoplasmosis

El tratamiento se lleva a cabo con sulfadiazina (ó sulfonamida triple) más pirimetamina. La dosis recomendada es de 100 mg/kg/día de sulfadiazina y 1 mg/kg día de pirimetamina, combinadas con 1 mg/día de ácido fólico. La duración del tratamiento es de unos 6 meses. En Europa se ha utilizado, con buenos resultados, la espiramicina.

### RESUMEN

El número de pacientes con graves alteraciones inmunitarias está aumentando considerablemente. Ante esta situación y las dificultades para su tratamiento, los autores estudian las características de las infecciones oportunistas del sistema nervioso y específicamente el tratamiento de meningitis bacterianas, abscesos cerebrales, micosis, virosis y toxoplasmosis.

### RESUME

Le nombre de malades avec des graves alterations immunitaires augmente considerablement. Das ce situation et devant les difficultés pour son traitement, les auteurs étudent les caractéristiques des infections opportunistes et particulièrement le traitement des meningites bacteriennes, des abcés cerebraux, des mycoses, des viroses et de la toxoplasmose.

### SUMMARY

The number of patients with serious immunitarian deficits is greatly increasing. Considering this situation and the difficulties for the treatment, the authors study the characteristics of the opportunistic infections of the nervous system and, specially, the treatment of bacterial mennigitis, cerebral absceses, mycosis, virosis and toxoplasmosis.

### BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, R.J.; SCHAFER, L.A.; OLIN, D.B.; EICCKHOFF, TC. Infections-risk factors in the immunosuppressed host. *Am. J. Med.*, 1973; 54: 453-460.
2. ROSE, H.D.; VARKEY, B. Deep mycotic infection in the hospitalized adult: A study of 123 patients. *Medicine*, (Baltimore), 1975; 54: 499 - 507.

3. HOOPER, D.C.; PRUITT, A.A.; RUBIN, R.H. Central Nervous System infection in the chronically immunosuppressed. *Medicine* (Baltimore), 1982; 61: 166-188.
4. JUGHES, W.T.; TUFENKEJ, H.; BARTLEY, D.L. The immune compromised host. *Pediat. Clin. N. Am.*, 1983; 30: 103-120.
5. ROBINSON, E.N.; WOODS, M.L.; MCGEE, Z.A. Extrinsic factors that put patients at risk of acquiring central nervous system infections. *Am. J. Med.*, 1984; 76 (5A): 208-214.
6. CHERNIK, N.L.; ARMSTRONG, D.; POSNER, J.B. Central nervous system infections in patients with cancer. *Medicine* (Baltimore), 1973; 52: 563-581.
7. HILDEBRAND, J. Lesions of the nervous system in cancer patients. EORTC Monograph Series. New York, Raven Press, 1978. Vol. 5; Cap. 6: 89-105.
8. MARTINEZ-MARTIN, P.; RAPUN PAC, J.L. Infecciones del sistema nervioso en pacientes con cáncer. Ponencias del VI Congreso de la Sociedad Española de Neurología, San Sebastian; Octubre, 1984.
9. SNIDER, W.D.; SIMPSON, D.M.; NIELSEN, S. et al. Neurological complications of acquired immune deficiency syndrome: Analysis of 50 patients. *Ann. Neurol.*, 1983; 14: 403-418.
10. LUKES, S.A.; POSNER, J.B.; NIELSEN, S.; ARMSTRONG, D. Bacterial infections of the CNS in neutropenic patients. *Neurology*, 1984; 34: 269-275.
11. DURACK, D.T. Prevention of Central Nervous System infections in patients at risk. *Am. J. Med.*, 1984; 76 (5A): 231-237.
12. BELL, W.E. Treatment of Bacterial Infections of the Central Nervous System. *Ann. Neurol.*, 1981; 9: 313-327.
13. TAUBER, M.G.; SANDE, M.A. Principles in the treatment of Bacterial Meningitis. *Am. J. Med.*, 1984; 76 (5A): 224-230.
14. ROSENBLUM, M.L.; HOFF, J.T.; NORMAN, D.; EDWARDS, M.S.; BERG, B.O.; Nonoperative treatment of brain abscesses in selected high - risk patients. *J. Neurosurg.*, 1980; 52: 217-225.
15. BERG, B.; FRANKLIN, G.; CUNEO, R.; BOLDREY, E.; STRIMLING, B. Nonsurgical cure of brain abscess: Early diagnosis and follow - up with computerized tomography. *Ann. Neurol.*, 1978; 3: 474 - 478.
16. PETIT, H.; ROUSSEAU, M.; LESOIN, F.; DESTEE, A.; CLARISSE, J.; WAROT, P. Primaauté du traitement médical des abcès cérébraux (19 cas). *Rev. Neurol.* (Paris), 1983; 139: 575 - 581.
17. HERMANS, P.E.; KEYS, T.F. Antifungal agents used for deep seated mycotic infections. *Mayo Clin. Proc.*, 1983; 58: 223-231.
18. CRAVEN, P.C.; GRAYBILL, J.R.; JORGENSEN, J.H.; DISMUKES, W.E.; LEVINE, B.E. High-dose ketoconazole for treatment of fungal infections of the central nervous system. *Ann. Intern. Med.*, 1983; 98: 160-167.
19. WHITLEY, R.J.; CH'EN, L.T.; GALASSO, G.J.; ALFORD, C.A. Adenine-arabino-side therapy of herpes zoster in the immunosuppressed: NIAID Collaborative antiviral study. *N. Engl. J. Med.*, 1976; 294: 1193-1199.
20. WELLER, T.H. Varicella and herpes zoster. Part II. *N. Engl. J. Med.*, 1983; 309: 1434-1440.

21. MAVLIGIT, G.M.; TALPAZ, M. Cimetidine for herpes zoster, (letter). *N. Engl. J. Med.*, 1984; 310: 318-319.
22. WIBEL, R.E.; NEFF, B.J.; KUTER, B.J., et al. Live attenuated varicella virus vaccine. Efficacy trial in healthy children. *N. Engl. J. Med.*, 1984; 310: 1409-1415.
23. WHITLEY, R.J.; SOONG, S.J.; GALASSO, G.J. et al. Adenine - arabinoside therapy of biopsy-proved herpes simplex encephalitis. *N. Engl. J. Med.*, 1977; 297: 289 - 294.
24. SKÖLDENBERG, B.; ALESTIG, K.; BURMAN, L. et al. Acyclovir versus vidarabine in herpes simplex encephalitis. Randomised multicentre study in consecutive Swedish patients. *Lancet*, 1984; II: 707-711.



## **Estrategias actuales de la lucha antitabáquica**

L. Salleras Sanmartín \*

### **INTRODUCCION**

"Las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco constituyen, en los países económicamente avanzados, causas tan importantes de incapacidad para el trabajo y de muertes prematuras, que la lucha contra este hábito podría ser más útil para la mejora de la salud y la prolongación de la vida en estos países que cualquier otro programa de medicina preventiva". Así se expresaban FLETCHER y HORN hace 13 años, en su informe sobre el hábito de fumar y la salud, presentado a la 23ª Asamblea Mundial de la Salud (1970) (1).

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

Hoy día, está completamente demostrado que el hábito de fumar es un importante factor causal de la 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, del esófago, del 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 pa-

\* Profesor Adjunto de Medicina Preventiva y Social.  
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.



quetes de cigarrillos al día disminuye más de ocho años la expectativa de vida del fumador. El consumo de un paquete diario la disminuye más de seis años (2). El tabaco es el responsable directo de aproximadamente el 10% del total de muertes que ocurren actualmente en España (4).

Un hecho que agrava la magnitud del problema es que el consumo de tabaco es "presumiblemente voluntario", por cuya razón, al menos en teoría, todos sus daños son prevenibles. Si se consiguiera erradicar completamente el hábito de fumar, se evitarían un mínimo de 30.000 muertes al año en España (4).

Dada la gravedad del problema del tabaquismo, la O.M.S. está 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 el año 1980, en el cual el día Mundial de la Salud fué dedicado al tabaco, con el lema "Tabaco o Salud, elija" (7).

Antes de establecer los objetivos y las acciones que debería comprender un Plan de Lucha Antitabáquica, es preciso analizar una serie de cuestiones previas que creemos son fundamentales.

La primera cuestión que se plantea es la *necesidad o no de un Plan de Lucha Antitabáquica*. Para los sanitarios y especialistas en el tema, esta cuestión puede parecer obvia e indiscutible, pero es muy probable que entre los fumadores y también entre los no fumadores de España las opiniones no sean unánimes. El argumento liberal tradicional que afirma que "los que fuman son adultos que se perjudican a sí mismos y no a los demás y el hábito de fumar lo han adquirido y lo mantienen de forma voluntaria", es posible que esté ampliamente extendida en nuestro país. Los que apoyan este argumento no creen en la necesidad de la puesta en marcha de un programa de lucha antitabáquica por parte del Gobierno. Lo único que tendría que hacer el Gobierno, según ellos, es informar a los fumadores de los peligros del consumo de tabaco para la salud, para que puedan tomar sus propias decisiones sobre el tema.

Actualmente este argumento es imposible de sostener por las siguientes razones:

1. El hábito de fumar ha dejado de ser patrimonio exclusivo de los adultos. Actualmente es muy elevado el porcentaje de jóvenes que son fumadores y el hábito se adquiere en edades cada vez más tempranas.
2. La Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social cubre hoy en día al 85% de la población de España. El coste de la atención médica de las enfermedades causadas por el tabaco no lo sufraga, pues, el individuo, sino toda la sociedad.

3. Las enfermedades causadas por el tabaco tienen un impacto importante sobre la actividad industrial del país en forma de jornadas perdidas para el trabajo, lo cual supone un importante coste social.
4. Las pensiones de los incapacitados como consecuencia de las enfermedades causadas por el tabaco y las destinadas a sustentar a las viudas y huérfanos de los que mueren prematuramente como consecuencia de estas enfermedades, gravan de forma importante los presupuestos de la Seguridad Social, los cuales, en última instancia, los paga también toda la sociedad.
5. Hoy en día, está completamente demostrado que el tabaco no sólo perjudica a los fumadores, sino que también puede producir daños a los no fumadores expuestos de forma continuada al humo del tabaco en lugares cerrados.

Todos estos argumentos justifican ampliamente la necesidad de los Planes de Lucha Antitabáquica, cuyo objetivo debe ser reducir las enfermedades, invalideces y muertes prematuras producidas por esta plaga de nuestro tiempo, rebajar su elevado coste sanitario y social y proteger los derechos de los no fumadores. De hecho, 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 estos últimos años (8).

Una vez establecida claramente la necesidad de la acción antitabáquica, cabe señalar que *para que la lucha sea eficaz hace falta que exista una voluntad política real por parte del parlamento y del Gobierno de la nación*. En el problema del tabaquismo están implicados intereses contrapuestos que van desde los productores agrícolas del tabaco hasta la Salud Pública del país, pasando por la fabricación, promoción y la venta de los productos elaborados y por los presupuestos del Estado que se nutren en parte de los impuestos del tabaco. Conciliar estos intereses contrapuestos es muy difícil, por no decir imposible y aún más en los países democráticos, pero las dificultades pueden ser superadas si la población y el parlamento de la nación se convencen de la necesidad de implantar un Plan de Lucha Antitabáquica y el Gobierno lo desarrolla de forma integral, es decir, incluyendo acciones educativas, legislativas y asistenciales, y previendo los cambios necesarios en la agricultura, la industria, el comercio y los ingresos de los presupuestos del Estado.

Este punto nos parece muy importante. Si no existe una voluntad política real de afrontar la lucha y las acciones planificadas son parciales y no comprenden todos los aspectos del problema, el Plan de Lucha Antitabáquica fracasará. Aunque es indudable que el personal de salud y de enseñanza,

así como los profesionales de los medios de comunicación pueden realizar una tarea encomiable en la lucha contra esta plaga de nuestro tiempo y deben hacerlo, sus actuaciones serán poco efectivas si no existe una voluntad política de afrontar formalmente el problema por parte del Parlamento y del Gobierno de la Nación.

Como dice Sir George Young (9), parlamentario británico y Subsecretario del Estado para la Salud en el año 1979: "la solución del problema del tabaquismo, igual que la de la mayoría de los problemas de salud de nuestro tiempo no se encontrará en los laboratorios de investigación ni en los quirófanos de los hospitales, sino en los parlamentos de las naciones democráticas".

La mayoría de las enfermedades y problemas de salud de nuestro tiempo que causan un grado elevado de morbilidad, incapacidad y muerte (enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de circulación) son de origen pluricausal. Pero de los tres grandes grupos de factores causales: "biología humana", "contaminación ambiental" y "estilo de vida", este último es el más importante. Para estas enfermedades la medicina asistencial sólo dispone de tratamientos que, en el mejor de los casos, son sólo parcialmente eficaces, a pesar de que son caros, y que en el peor no son en absoluto eficaces. La solución de estas enfermedades no es la curación sino la prevención. Y la prevención de la mayoría de ellas no se fundamenta en medidas médicas sino en acciones políticas y educativas, ya que se trata de ajustar el comportamiento o el estilo de vida de los ciudadanos a las necesidades de salud (10).

## OBJETIVOS DE LA LUCHA ANTITABAQUICA

Cualquier plan destinado a reducir el número de enfermedades, incapacidades y defunciones prematuras resultantes del hábito de fumar deberá incluir cinco objetivos fundamentales:

1. *Reducir al máximo posible el número de jóvenes que empiezan a fumar y retrasar al máximo el momento de inicio de los que lo hagan.*
2. *Reducir el número de fumadores, aconsejando y ayudando al mayor número posible de fumadores para que dejen de fumar.*
3. *Procurar que los fumadores que no puedan abandonar el hábito disminuyan la inhalación de las sustancias nocivas presentes en el humo del tabaco (por ejemplo, fumando cigarrillos con filtro y de bajo contenido de sustancias nocivas o adoptando formas de fumar menos peligrosas que impliquen la reducción de la cantidad de humo inhalada).*

4. *Proteger a los no fumadores de los efectos nocivos o molestos del humo del tabaco.*
5. *Crear un medio ambiente social negativo para el hábito de fumar que lo convierta en socialmente inaceptable.*

Estos cinco objetivos básicos sólo se podrán conseguir mediante la implementación de medidas educativas, legislativas y asistenciales adecuadas.

*La educación sanitaria y la legislación* son las dos armas fundamentales de que disponen los Gobiernos y los Servicios de Salud para controlar el hábito de fumar (5,6,11). Es importante señalar que las dos medidas tendrán que aplicarse de forma conjunta y coordinada. La implementación aislada de sólo una de ellas no será efectiva. Es difícil que la educación sanitaria obtenga resultados positivos si, al mismo tiempo, se hace publicidad incitando al consumo de tabaco, a través de los medios de comunicación social. Asimismo, las medidas legislativas tendrán un efecto muy limitado sin el apoyo de la educación sanitaria. No es suficiente legislar que se fabriquen cigarrillos de bajo contenido en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono. Es necesario, al mismo tiempo, informar y educar a la población sobre los riesgos que implican estos componentes del tabaco para la salud y sobre las ventajas de consumir cigarrillos de bajo contenido de estos productos. Además, muchas medidas legislativas que suponen prohibiciones (por ejemplo, la prohibición de fumar en vehículos de transporte público o en locales públicos) podrían no ser bien aceptadas sin el apoyo de la acción educativa.

Por el contrario, el papel de las *medidas asistenciales* es muy limitado en la lucha antitabáquica, tal como veremos más adelante, a diferencia de lo que sucede con otras drogodependencias.

## **LA INFORMACION Y LA EDUCACION SANITARIA EN LA LUCHA ANTITABAQUICA.**

La información y la educación sanitaria son fundamentales para alcanzar los objetivos mencionados anteriormente.

El Comité de Expertos de la O.M.S. en lucha antitabáquica (6) distingue entre programas informativos y programas educativos. A pesar de que no hay una división clara entre ambos programas y forzosamente hay alguna zona de superposición entre ellos, el Comité considera que los programas de información están destinados, principalmente, a despertar la atención de la población y favorecer la comprensión de la naturaleza y de la magnitud del problema del tabaquismo por parte del público y de las personas importantes de la comunidad, especialmente de las que toman decisiones y deben

dar ejemplo. Se trata de crear un ambiente en el que puedan prosperar los programas de educación sanitaria. El objetivo de estos últimos es la adecuación de los comportamientos de la población a las necesidades de salud (12). Como es lógico, los programas informativos han de ser previos a los educativos.

Según la Unión Internacional Contra el Cáncer (U.I.C.C.) (11) y el Comité de Expertos de la O.M.S. en lucha antitabáquica (5,6), los objetivos de los *programas informativos* son los siguientes:

- Conseguir que el público esté informado de las consecuencias del consumo de tabaco para la salud y comprenda mejor el problema del tabaquismo y su magnitud.
- Lograr que las personas encargadas de tomar decisiones, es decir, los políticos, se den cuenta de la necesidad de la lucha antitabáquica y de las posibilidades de acción en este tema.
- Procurar que las personas cuyo ejemplo y acciones son fundamentales en la lucha antitabáquica (políticos, maestros, personal de salud) tomen conciencia de la importancia de su papel y actúen en consecuencia.
- Contrarrestar los efectos de una información inexacta, en especial la diseminada por los fabricantes de cigarrillos.
- Ayudar a proteger los derechos de los no fumadores.
- En general, crear una atmósfera social en la cual la abstinencia de fumar sea considerada conducta normal y socialmente aceptable.

A pesar de que la información está dirigida a toda la población, se pueden escoger determinados grupos como objetivos a los que deben llegar mensajes específicos (fumadores, no fumadores, políticos, educadores, personal de salud, etc.) Como es lógico, es inevitable y conveniente que los mensajes dirigidos a grupos especiales sean percibidos por otros.

Los mensajes deben ser precisos y exactos y no deben producir temor, a fin de no provocar ansiedad excesiva en la población, la cual muchas veces es contraproducente.

Los métodos utilizados variarán según el subgrupo de la población objeto de información. Los políticos que deben dar ejemplo y tomar decisiones, y los profesionales que deben dar ejemplo y ejecutar acciones educativas, será preciso que reciban una información muy completa a través de informes técnicos, manuales, cartas, circulares, etc.

A la población general podrá llegarse mediante los métodos indirectos de información y educación sanitaria (carteles, folletos, prensa, radio, cine, televisión y otros medios de comunicación social). Actualmente, son de especial importancia los medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión). Según el Comité de Expertos de la O.M.S. (5,6), estos medios son

de especial relevancia al principio de la lucha antitabáquica para que la gente conozca el problema y empiece a interesarse por él, ya que su cobertura es muy amplia y llegan prácticamente a toda la población.

Estos programas informativos parece que no son efectivos para prevenir la iniciación del hábito por parte de los jóvenes ni para estimular el abandono entre los fumadores adultos. Pero sí lo son para conseguir una cierta concienciación y sensibilización de la población sobre el problema del tabaquismo, lo que es fundamental para que las medidas legislativas sean aceptadas y para que tengan éxito las medidas de educación sanitaria.

A diferencia de los programas informativos que sólo pretenden sensibilizar y concienciar a la población, *los programas educativos* tienen por objeto incidir en los comportamientos (12).

El hábito de fumar se adquiere, generalmente, durante la infancia y la juventud. El que llega a adulto sin haber fumado probablemente no será nunca un fumador.

En los "jóvenes", los programas educativos tendrán como objetivo prevenir que se inicien en el hábito. En este grupo de población, la educación es clarificadora de valores y forjadora de actitudes y conductas positivas, se implementa en las escuelas y en los institutos, y el maestro es el agente principal (12).

En los "adultos", el objetivo es que abandonen el hábito o, en caso de imposibilidad, que adopten formas de fumar menos peligrosas. En este grupo la educación debe ser persuasiva (informativa y motivadora), se implementa en los servicios de asistencia sanitaria, en el medio laboral y a través de los medios de comunicación de masas, y los agentes principales son el personal de salud y los profesionales de los medios de comunicación (12).

A continuación trataremos más a fondo la educación sanitaria de jóvenes y de adultos.

## 1. EDUCACION SANITARIA DE NIÑOS Y JOVENES

En este grupo la acción educativa debe ir dirigida a *conseguir que los niños y jóvenes no adquieran el hábito de fumar* y el ámbito de implementación son las escuelas, los institutos y otros centros de enseñanza.

A fin de planificar la acción educativa es muy importante el estudio de los factores unidos a la adquisición del hábito en la juventud (5,13).

Parece ser que la mayoría de niños y jóvenes empiezan a fumar por condicionamientos externos al individuo (ambientales o sociales), si bien de alguna forma también influirían los factores internos. La curiosidad juega un papel importante en el inicio del hábito. Asimismo parece ser que influyen de forma relevante las compañías y el grupo juvenil y sus "líderes" son muy importantes en lo que concierne a la iniciación del hábito.

También influye mucho el grupo familiar. Se ha comprobado que el hábito de fumar es más frecuente entre los jóvenes cuyos padres o hermanos mayores son fumadores.

Por otra parte, se ha observado que el hábito de fumar está más extendido entre los niños que tienen peores notas en la escuela o que se han marcado objetivos menos ambiciosos. Los niños que empiezan a fumar muy temprano acostumbran a ser poco brillantes.

Un punto importante que es preciso señalar es que en determinados niños el consumo de cigarrillos es un símbolo de independencia y de rebelión contra las normas impuestas por la familia o por la sociedad.

Para otros jóvenes, la adopción del hábito de fumar sería un componente más del ritual del paso de la infancia o juventud a la edad adulta.

Otro punto de interés en relación a los jóvenes fumadores es que una gran proporción de ellos no se sienten personalmente afectados por una amenaza para su salud que producirá sus efectos al cabo de 30 ó 40 años. Los peligros del consumo de tabaco los ven lejanos, por lo que difícilmente se podrán utilizar como motivación para que no empiecen a fumar o para que dejen el hábito incipiente. Además, diferentes estudios psicológicos parecen haber demostrado que los riesgos o peligros son, en algunos jóvenes, una motivación positiva que los impulsa a la acción (algunos deportes peligrosos gozan de la predilección de algunos jóvenes) (12). Por todo ello no parece interesante utilizar los riesgos para la salud como motivación al llevar a cabo la acción educativa en la escuela (14).

Finalmente, es difícil que la acción educativa en la escuela sea efectiva mientras persistan en el medio ambiente y en la comunidad factores que impulsen al consumo de tabaco. Estos factores son principalmente la publicidad y los hábitos tabáquicos de los padres, de los maestros, de los médicos y de las personas notales de la sociedad (12).

*El agente fundamental de educación sanitaria en la escuela es el maestro* (12,14). Con el fin de que pueda llevar a cabo su acción educativa en la escuela con aprovechamiento, serán precisas dos condiciones: 1. Que se abstenga de fumar, por lo menos durante el horario escolar, ya que su ejemplo es muy beneficioso para los niños y jóvenes (el alumno admira e imita a su maestro); 2. Que esté debidamente capacitado para impartir la acción educativa. Es preciso que el maestro conozca los mensajes y las técnicas de educación sanitaria antitabáquica. Por ello es muy importante que se incluya el tabaco en el curriculum de la enseñanza de la salud en las escuelas normales. Para los maestros en ejercicio que no hayan recibido información adecuada en la escuela normal, será preciso programar cursos de formación en salud que incluyan el tema del tabaco.



El Comité de Expertos de la O.M.S. sobre las consecuencias del tabaco para la salud (5), recomienda que las autoridades sanitarias colaboren con las autoridades docentes en la preparación de los planes de estudio y del material didáctico que puedan ser utilizados en los programas de educación para la salud organizados en las escuelas, en los centros de formación del profesorado, en las Universidades y en otras instituciones.

*El programa de educación antitabáquica en la escuela no se puede implementar de una manera aislada, sino que debe estar integrado en el programa general de educación sanitaria mediante la enseñanza de la salud en la escuela (2,15).*

El objeto de este programa es preparar al niño para que durante su estancia en la escuela adquiera las actitudes y adopte los comportamientos más favorecedores de su crecimiento y de la salud positiva y, además, para que cuando se incorpore a la comunidad esté plenamente capacitado para tomar sus propias decisiones en relación con su salud, de manera que sea capaz de cuidar de ella y de la de sus familias (12,14).

Durante la enseñanza de la salud, se intentará hacer comprender al niño que ésta es un valor fundamental del individuo y de la comunidad; que las decisiones personales sobre la conducta pueden influir en la salud positiva actual y en la protección de la salud futura; que la falta de salud es debida no sólo a la mala suerte, sino que muy a menudo es consecuencia directa de un comportamiento insano, totalmente voluntario; y que la decisión de fumar es tan solo una más de todas cuantas opciones puede tomar el individuo en relación con su conducta de salud (12,14).

Se trata de una educación sanitaria "clarificadora de valores" y forjadora de actitudes y comportamientos positivos de salud (12). Es preciso que ayude al niño y al joven a tomar decisiones inteligentes sobre el hábito de fumar (igual que sobre otras conductas que afecten a la salud). También debe ayudarle a reforzar las decisiones tomadas contra las posiciones y presiones de los compañeros y otras fuerzas que le impulsen a adoptar el hábito (2). Como es lógico, el objetivo básico es evitar que los niños y los jóvenes empiecen a fumar.

Las motivaciones hay que buscarlas más en los efectos beneficiosos que la abstención de fumar supone para la salud positiva, que en los riesgos para la salud condicionados por el consumo de tabaco. Se insistirá en la disminución de la capacidad física y, en consecuencia, de las marcas deportivas del individuo como consecuencia de fumar cigarrillos, así como en el mal aliento, el mal sabor de boca, las manchas en los dientes, el mal olor producido en el ambiente y en las molestias para las demás personas. Se trata de motivar al niño, enseñándole que su calidad de vida disminuirá desde el momento en que empiece a fumar, y que su capacidad competitiva respecto



a sus compañeros disminuirá desde un punto de vista físico y estético (12,14).

El tema se tratará en cualquiera de las áreas o clases de E.G.B. y B.U.P., ciencias naturales, química, ciencias sociales, educación física, etc., que tengan relación con el tabaco. La enseñanza debe ser gradual de acuerdo con la edad del niño y su capacidad para comprender el problema que se le explique.

Un enfoque educativo de reciente adquisición es el que utiliza las presiones del grupo y los líderes en sentido positivo ("Youth to youth programs") (16). Se trata de que los niños mayores no fumadores eduquen a los más pequeños en el tema. Para esta tarea "de instrucción por compañeros", es necesario utilizar a los líderes que tengan más influencia entre los grupos de la escuela o del instituto.

Un último punto a mencionar es que los programas de educación sanitaria en la escuela serán poco efectivos si cuando el niño llega a su casa no tiene el apoyo de los padres, o si éstos mantienen una actitud negativa hacia la cuestión. Cuando los maestros y los padres preconizan prácticas higiénicas contradictorias o cuando la familia rechaza las recomendaciones de la escuela, se crea una situación que no permite obtener resultados prácticos. Por eso son muy importantes los programas informativos que hemos mencionado anteriormente. También es fundamental que al mismo tiempo que se educa a los niños en la escuela, se efectue educación sanitaria antitabáquica a los adultos en la comunidad. Es preciso señalar que la escuela es un ámbito muy útil para implementar acciones educativas a los padres de familia, especialmente en temas de su interés como son los que afectan a la salud de sus hijos. Los contactos en forma de entrevistas de los maestros y personal sanitario de la escuela con los padres, pueden aprovecharse para transmitirles mensajes de salud. También son muy útiles las charlas o sesiones de discusión efectuadas en la escuela y dirigidas a los padres de los alumnos (14).

## 2. EDUCACION SANITARIA DE ADULTOS

La educación sanitaria antitabáquica de los adultos tiene como objetivo principal que los fumadores actuales abandonen el hábito, es decir, reducir la prevalencia de fumadores adultos (17,18,19). Otros objetivos son procurar que aquellos que no puedan abandonar el tabaco, adopten formas de fumar menos peligrosas, proteger a los no fumadores del humo del tabaco en ambientes cerrados, y convertir el hábito de fumar en socialmente inaceptable (5,6,11).

*El primer objetivo* está totalmente justificado desde el punto de vista epidemiológico, ya que hoy en día está claramente demostrado que los

fumadores que abandonan su hábito disminuyen el riesgo de forma importante en relación con los que continúan fumando (2,20). De hecho el exceso de riesgo de muerte por cardiopatía coronaria disminuye de forma importante a los dos años de dejar de fumar, y al cabo de 10-15 años prácticamente ha desaparecido (Gráfico nº 1) (21). El riesgo de cáncer de pulmón y vejiga urinaria se reduce también progresivamente con los años y al cabo de 10-15 años es sólo ligeramente superior al de las personas que no han fumado nunca (Gráfico nº 2) (2,22).

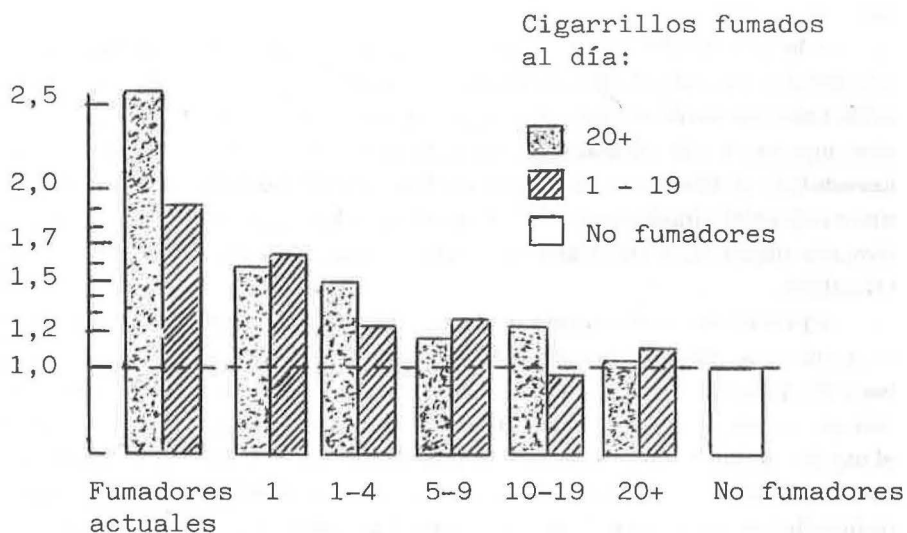
Con el fin de conseguir el abandono del hábito en los adultos es preciso que la educación sanitaria sea "persuasiva", es decir, informativa y motivadora, ya que el elevado número de vidas perdidas y el elevado coste sanitario y social atribuible al tabaco justifican claramente la necesidad de la persuasión (12,23).

En lo que se refiere a los mensajes y motivaciones de las comunicaciones persuasivas destinadas a obtener el abandono del hábito, es preciso insistir tanto en el riesgo del tabaco para la salud como en las ventajas de la abstinencia para la consecución de un estado óptimo de salud positiva. En los adultos, a diferencia de lo que sucede con los jóvenes, los riesgos son una motivación importante (12,21). la salud de los hijos es también una motivación importante para que las mujeres embarazadas dejen de fumar (12,20,24).

Es preciso tener en cuenta que para obtener el abandono del hábito, la comunicación persuasiva debe ir acompañada de instrucciones sobre cómo hacerlo (instrucciones detalladas del médico durante la visita, folletos, charlas, sesiones de discusión, etc.) (12). También es muy importante que el medio ambiente sea favorable para el abandono del hábito y contrario al mantenimiento (12). Cuanto más numerosos sean los lugares donde esté prohibido fumar, más fácil será para aquellos fumadores que deseen abandonar el hábito, el mantenimiento de la cesación. No podemos profundizar más aquí sobre el tema de la comunicación persuasiva. Remitimos al lector a las publicaciones especializadas sobre el tema (23).

Por último, debemos señalar que hay un porcentaje de fumadores que a pesar de haber sido bien motivados por las acciones educativas, y de haber recibido instrucciones sobre cómo dejar el tabaco, y teniendo un medio ambiente favorable, son incapaces de conseguirlo (25). Estos son los fumadores que serían tributarios de una "terapia de supresión del hábito" en una clínica antitabaco (25,26,27).

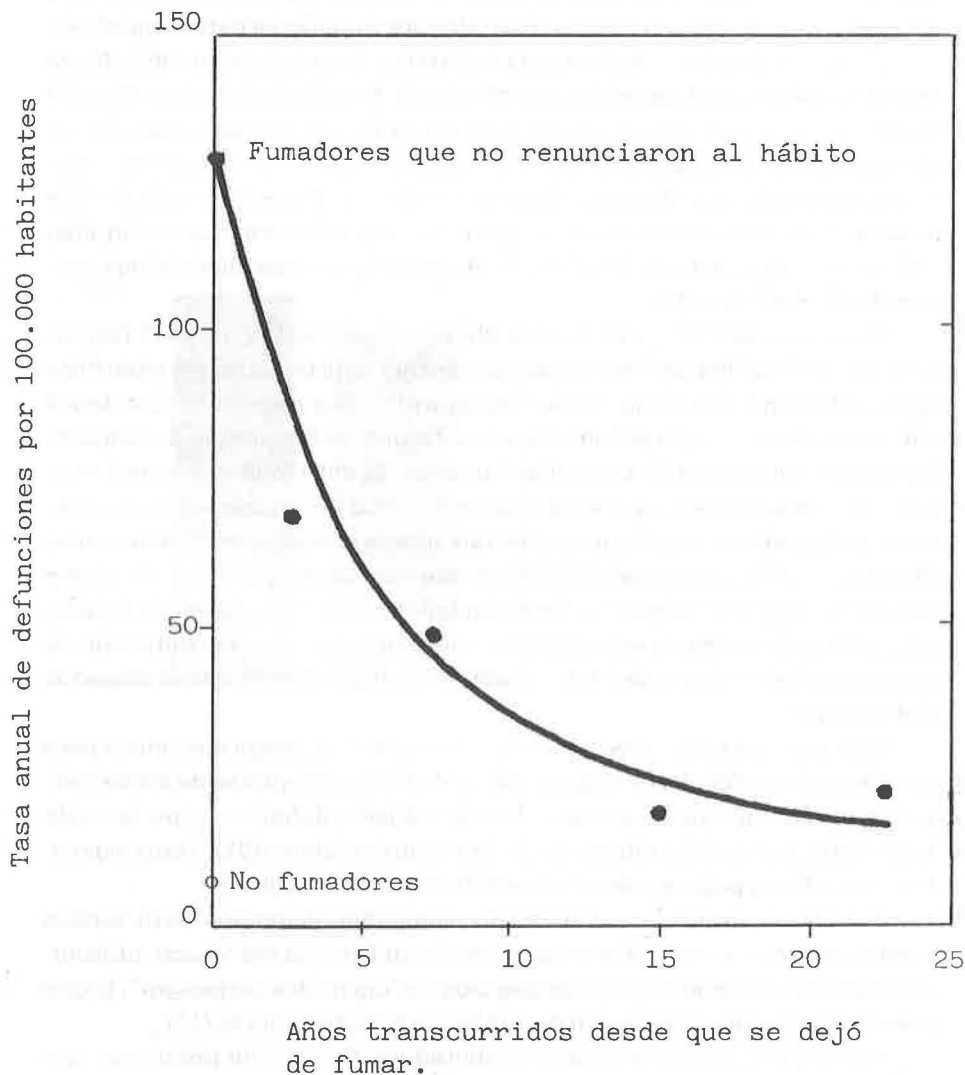
En aquellos casos en los que no sea posible obtener la cesación del hábito, la acción educativa deberá ir dirigida a *promover que los fumadores disminuyan la inhalación de las sustancias nocivas presentes en el humo del tabaco* (nicotina, alquitrán y monóxido de carbono) (5,6,11). Si no puede

G R A F I C O   n° 1DISMINUCION DEL RIESGO DE CARDIOPATIA CORONARIA EN LOS  
EXFUMADORES.

FUENTE: HAMMOND, E.C. y GARFINKEL, L.: Coronary heart disease stroke and aortic aneurism. Factors in the etiology. Archives of Enviromental Health. 19, 167, 1969.

G R A F I C O   n°   2

TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR CANCER DE PULMON EN FUMADORES DE CIGARRILLOS, EXFUMADORES (diversos períodos) Y NO FUMADORES.



FUENTE: DOLL, R. and HILL, A.B.: British Medical Journal.

1: 1.399 and 1.460 (1964).

evitarse el problema, se trata al menos de disminuir su magnitud (28).

Con el fin de conseguir este último objetivo las estrategias actuales en los países desarrollados son dobles:

Por una parte, *promover que los fumadores que no puedan abandonar su hábito pasen a consumir cigarrillos con filtro y que contengan bajas concentraciones en alquitrán y medias en nicotina* ("low-tar medium nicotine cigarettes") (29), toda vez que se ha observado que al reducir demasiado la concentración de nicotina de los cigarrillos, los fumadores para compensarlo, inhalan más humo y fuman más cigarrillos. Esto parece justificado, ya que se ha demostrado que las tasas de cáncer de pulmón disminuyen en los fumadores que consumen este tipo de cigarrillos en comparación con los que continúan fumando el tipo clásico, sin filtro o con concentraciones elevadas de alquitrán y nicotina (Gráfico nº 3) (30,31). Por el contrario, no hay evidencia de que se reduzca el riesgo de cardiopatía coronaria, bronquitis, enfisema y efectos gestacionales con el consumo de cigarrillos de bajo contenido de alquitrán (31).

El informe del "Royal College of Physicians of London" de 1977 (32) señala que la mayoría de fumadores encuentran satisfactorios los cigarrillos que contienen 1 mg. de nicotina. Los cigarrillos que contienen cantidades inferiores no satisfacen al fumador, el cual aumenta la cantidad de humo inhalado y/o el número de cigarrillos fumados. El mencionado informe recomienda que los Gobiernos y los Servicios de Salud programen acciones educativas dirigidas a conseguir que los fumadores que no puedan abandonar el tabaco pasen a consumir cigarrillos que contengan 1 mg. de nicotina y menos de 16 mg. de alquitrán. Se recomienda también promover la legislación adecuada para que los cigarrillos que contienen más concentración de sustancias nocivas que las mencionadas, sean progresivamente retirados del mercado.

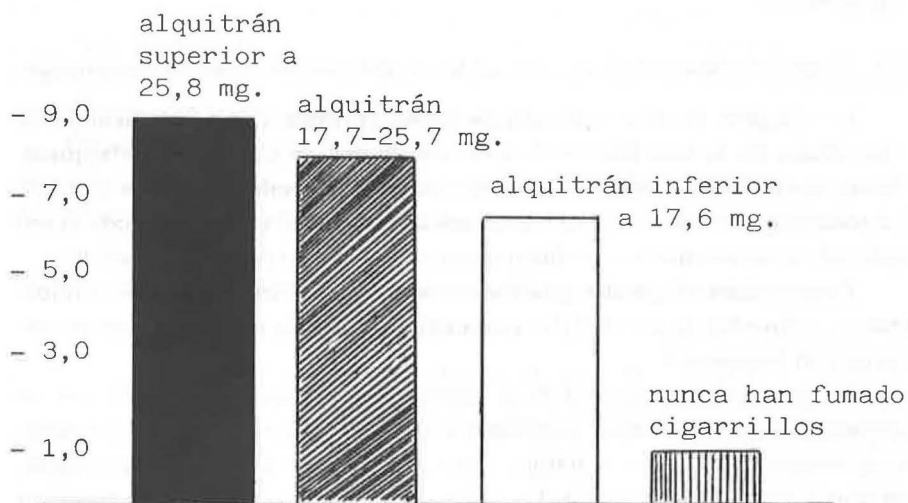
Con los cigarrillos "low-tar medium nicotine", el riesgo disminuye pero no desaparece. Por éso es muy importante que los receptores de los mensajes comprendan que no se trata de una solución definitiva, sino tan sólo transitoria, y que el fin último es el abandono del tabaco (31). Estos cigarrillos son sólo un paso intermedio hacia la cesación definitiva.

Por último, es preciso evitar que las compañías elaboradoras de tabaco aprovechen estos cigarrillos para promocionar la venta del tabaco, utilizando expresiones como "cigarrillos seguros" o "cigarrillos sin peligro", lo que podría dar una falsa sensación de confianza a los fumadores (11).

La otra estrategia es menos prometedora. Se trata de *promover, mediante la educación sanitaria, que los fumadores que no puedan abandonar el hábito, reduzcan la cantidad de humo inhalado*, lo que podemos conseguir (32):

G R A F I C O n° 3

RIESGO RELATIVO DE MUERTE POR CANCER DE PULMON EN FUNCION  
DEL CONTENIDO DE ALQUITRAN DEL CIGARRILLO FUMADO.



FUENTE: HAMMOND, E.C.; GARFINKEL, L.; SEIDMAN, H.; LEN, E.A.:  
"Tar" and medium nicotine content of cigarette smoke  
in relation to death rates. Environmental Research  
12 (3): 263-274. December, 1976.

- Fumando menos.
- Dejando las puntas del cigarrillo más largas (la concentración de las sustancias más nocivas presentes en el humo del tabaco aumenta a medida que se va consumido el cigarrillo).
- Haciendo menos pipadas a cada cigarrillo.
- Retirando el cigarrillo de la boca entre una pipada y otra.
- Fumando con boquilla filtrante.

La acción educativa sanitaria antitabáquica de los adultos debe llevarse a cabo, fundamentalmente, a través de los medios de comunicación de masas, en el medio laboral y en los servicios de asistencia sanitaria. En el primer caso se incide sobre la colectividad. En los demás, sobre individuos y grupos (12).

### *2.1. Acciones educativas a través de los medios de comunicación de masas*

Los medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión) son muy útiles en la fase informativa de los Planes de Lucha Antitabáquica. Como medios de educación sanitaria son mucho menos efectivos (5,6,33). De todas formas, dado que su cobertura es muy amplia y llegan a toda la población, se acostumbran a utilizar también en la fase educativa del Plan.

En esta fase, es preciso que los mensajes que se transmitan sean informativos y motivadores, es decir, persuasivos. Además es preciso que se reiteren con frecuencia.

De especial importancia es la televisión (33). Este medio, además de transmitir comunicaciones persuasivas con el fin de motivar a los fumadores para que abandonen el hábito, tiene un importante rol ejemplar a jugar, ya que la imagen llega a todas las casas. Además de la prohibición absoluta de la publicidad sobre el tabaco, es muy importante que, en los diferentes programas, el personal y los invitados se abstengan de fumar durante la transmisión. Da muy mal ejemplo un personaje famoso fumando en la televisión y, por desgracia, esta es una imagen que se repite muy frecuentemente en nuestro país.

Las evaluaciones efectuadas señalan que los medios de comunicación son muy poco efectivos para estimular el abandono del hábito. A pesar de que los mensajes transmitidos sean motivadores, normalmente sólo se consigue una cierta sensibilización y concienciación de la población hacia el tema (5). En estas condiciones las acciones individuales y de grupo sobre una población previamente sensibilizada y concienciada serían las verdaderamente efectivas (5). De ahí la gran importancia de las acciones educativas implementadas por el personal sanitario.

## 2.2. Educación sanitaria en el medio laboral.

Es la acción educativa que tiene lugar en la fábrica y que incide sobre los trabajadores.

Aquí encontramos dos grupos de trabajadores (12): Por una parte, aquellos que trabajan en un medio ambiente nocivo, el cual predispone al cáncer de pulmón (minas de uranio, industrias donde se manipula el asbesto) o a enfermedades respiratorias (trabajos que condicionan las diferentes neumoconiosis). En este grupo la acción educativa es preciso que sea especialmente intensa, y la acción antitabáquica debe realizarse conjuntamente con otras medidas preventivas que se lleven a cabo para el control del riesgo condicionado por el lugar de trabajo (12). Por otra, el resto de los trabajadores que no tengan ningún riesgo adicional en relación con las enfermedades respiratorias condicionadas por el medio ambiente laboral. En este grupo la acción educativa antitabáquica tendrá los mismos objetivos y los mensajes serán los mismos que los utilizados en la educación de adultos en la comunidad general (12).

El personal del servicio médico de empresa es el agente principal de la educación sanitaria en el medio laboral, la cual puede llevarse a cabo mediante acciones individuales y de grupo.

## 2.3. Acciones educativas en los Servicios de Asistencia Sanitaria.

Aquí los agentes son el personal sanitario a todos los niveles, pero especialmente los componentes del equipo de asistencia primaria (médico, farmacéutico, enfermera y asistente social) a nivel primario, y la enfermera en el hospital. Estos profesionales tienen numerosas oportunidades para efectuar educación sanitaria antitabáquica mediante el diálogo de la entrevista sanitaria, tanto en sujetos sanos como en enfermos. Una parte muy importante de su acción educativa es el ejemplo que pueden dar absteniéndose de fumar si es posible totalmente y si no al menos en los centros de salud, farmacias y hospitales, durante el horario de trabajo. Es digno de mención el hecho de que los médicos ingleses, en su mayoría, hayan dejado de fumar desde la publicación del informe sobre el tabaco del Real Colegio de Médicos de Londres de 1959 (32).

En un coloquio sobre la contribución de los médicos en la lucha contra el tabaco, celebrado el año 1968 en Estados Unidos bajo los auspicios de la American College of Chest Physicians y del Public Health Service (34) se hicieron las recomendaciones siguientes:

"En el ejercicio de sus funciones, el médico tendrá, por lo menos, que":

1. Conocer los hábitos de sus enfermos en lo que hace referencia al consumo de tabaco.



2. Informar a cada uno de los pacientes de los riesgos que implica el hábito de fumar.
3. Aconsejarles con firmeza para que abandonen el hábito de fumar.

La acción del médico es de interés especial en los casos de enfermos de alto riesgo (bronquíticos, arterioescleróticos, sujetos con diferentes factores de riesgo para las cardiopatías coronarias, etc.) y en las mujeres embarazadas.

Para que la acción educativa del personal de salud sea efectiva, es preciso que adquieran durante su formación los conocimientos suficientes sobre los efectos de los cigarrillos sobre la salud y las técnicas de la acción educativa a nivel individual y de grupo.

RUSELL y col. (35) han demostrado que el consejo del médico primario es una de las acciones más eficaces para conseguir que los fumadores de cigarrillos abandonen su hábito. En la experiencia realizada por este autor con 2.138 fumadores de cigarrillos que eran atendidos por 20 médicos generales en cinco consultas de asistencia primaria de Londres, un 5,1% de los pacientes que recibieron consejo educativo de su médico y un folleto con instrucciones sobre como dejar de fumar abandonaron el hábito y mantenían la abstinencia un año después de la experiencia, en comparación con el 0,3% del grupo control que no recibió consejo educativo ni folletos explicativos. Según este autor, en Inglaterra, cada médico primario que incorporase el consejo educativo antitabaco a su actividad diaria profesional, podría conseguir un mínimo de 25 cesaciones a largo plazo cada año. Si todos los médicos primarios británicos adoptasen esta práctica, el número de fumadores de cigarrillos que abandonarían su hábito cada año rebasaría el medio millón. Según RUSELL, para obtener un éxito parecido con las clínicas antitabaco especializadas, sería preciso incrementar hasta 10.000 las 50 existentes en la actualidad, lo que desde el punto de vista económico es insostenible.

Un reciente trabajo efectuado por un subcomité del "Research Committee of the British Thoracic Society" (36) ha vuelto a confirmar el valor del consejo médico en la lucha antitabáquica. Un 9,7% de los 1.550 pacientes atendidos en hospitales y ambulatorios de diversas áreas de Inglaterra, afectos de enfermedades relacionadas con el tabaco, y que recibieron un consejo firme y repetido de su médico para que dejaran de fumar, así como instrucciones verbales sobre como hacerlo, lograron abandonar el hábito y mantenían la cesación al cabo de un año de iniciada la experiencia. La importancia del papel del médico en la lucha antitabáquica queda aún más de manifiesto si consideramos que no se observaron mejores resultados en los pacientes que además del consejo e instrucciones de su médico, recibieron

un folleto en el que se explicaba de forma detallada los peligros del tabaco para la salud y se daban consejos para conseguir el abandono del hábito. Tampoco se observaron mejores resultados en los pacientes que además del consejo del médico y del folleto explicativo recibieron como soporte de la cesación chicles conteniendo 2 mg de nicotina tamponada en unos casos, y un placebo en otros.

Los servicios de asistencia primaria son también un ámbito muy adecuado para la práctica de acciones educativas de grupo (12). La dinámica de grupo es muy importante en la educación sanitaria ya que, además de los mensajes informativos y motivadores que recibe el grupo (charlas, discusiones en grupo, ...) o circulan libremente entre sus miembros, están las presiones y la influencia del grupo en conjunto y de sus líderes.

Los adultos de una comunidad pertenecen, en su mayoría, a algún grupo social organizado (profesional, religioso, cultural, deportivo, cívico, etc.), en el que es posible ejercer alguna acción.

Se puede incidir en los grupos a través del personal de salud y de trabajo social de la comunidad que tienen encomendadas funciones comunitarias. Los componentes del equipo de asistencia primaria que trabajan para la comunidad son los elementos esenciales de la acción educativa de grupo.

Se utilizarán métodos de acción directa en grupo (charlas, sesiones de discusión) acompañados o no de ayudas audiovisuales.

En nuestro país, los grupos más asequibles son las asociaciones de padres de niños en edad escolar, las asociaciones de vecinos, las asociaciones cívicas y culturales, etc. (12).

El papel de la enfermera y del asistente social en la educación sanitaria antitabáquica en los servicios de Asistencia Primaria y en la comunidad es también muy importante, si bien en este tema lo es menos que en otros (salud materno-infantil, asistencia a ancianos) en los cuales es fundamental. Además, el "rol ejemplar" de la enfermera parece que es mucho más negativo que el del médico. En la mayoría de países donde se han investigado los hábitos tabáquicos del personal de enfermería, se ha encontrado que no existe demasiada diferencia con los de la población general, o incluso la prevalencia del hábito es todavía más elevada que en la población femenina general (2).

En el hospital, la creciente complejidad técnica de la asistencia y el trabajo en equipo, hacen que no haya un solo médico responsable de la asistencia del paciente, dando lugar a que el papel del médico como educador sanitario quede muy diluido, a diferencia de lo que sucede en la asistencia primaria (37,38,39).

Conscientes de esta situación, en los últimos años, los hospitales están traspasando la responsabilidad de la ejecución de las acciones de educación

sanitaria al personal sanitario no médico que normalmente atiende al paciente, y a educadores sanitarios especializados. La enfermera y el personal del Servicio de Educación Sanitaria del hospital en el caso de que exista, serían los agentes principales de la educación sanitaria antitabáquica en el hospital. Para que la acción educativa sea efectiva, será preciso que reciban la debida formación especializada sobre el tema (37).

Las acciones educativas antitabáquicas es preciso que lleguen a todos los pacientes atendidos en el hospital que sean fumadores, pero especialmente a todos aquellos pacientes afectados de enfermedades relacionadas con el tabaco (cardíacos, bronquíticos, enfisematosos, etc.) y a las mujeres embarazadas.

El proceso es el mismo que para las otras modalidades de educación sanitaria antitabáquica. Se trata de un proceso de comunicación persuasiva en el que las fuentes de comunicación son las enfermeras y los educadores sanitarios especializados cuando existen, y el receptor es el paciente. Igual que en la educación sanitaria comunitaria, los mensajes deben ser informativos y motivadores y deben incluir instrucciones para ayudar al paciente, es decir, sobre "como hacerlo" para dejar de fumar. Un punto a destacar es que al tratarse de pacientes, la enfermedad que sufren y la pérdida de salud que implica, constituyen una fuerte motivación que favorece el éxito de las acciones educativas. La gestación y la salud del futuro hijo, también son una fuerte motivación para que las mujeres embarazadas dejen de fumar.

Por último, es preciso señalar que la educación sanitaria antitabáquica en el hospital, como las otras modalidades de educación sanitaria, se beneficia de un "rol ejemplar positivo" por parte de los agentes y de un "medio ambiente favorable". Por esto es preciso que el personal sanitario se abstenga de fumar en los hospitales y que se dicten legislaciones que restrinjan o prohíban el consumo de tabaco en el hospital, excepto en las áreas expresamente autorizadas (38,39).

## **MEDIDAS LEGISLATIVAS ANTITABAQUICAS**

Tal como ya ha sido señalado anteriormente, la legislación es un componente fundamental de los Planes de Lucha Antitabáquica.

Las únicas objeciones serias contra las medidas legislativas proceden de la industria del tabaco y de las empresas que hacen su publicidad, las cuales se han opuesto a la adopción de medidas legislativas firmes contra el hábito de fumar, basándose principalmente en la afirmación de que estas medidas constituyen restricciones innecesarias de libertad, y en que su eficacia no está suficientemente probada. Ninguno de estos argumentos es aceptable hoy en día.

La principal objeción que se ha planteado a las medidas legislativas es que *atentan contra las libertades individuales de los ciudadanos*. El Gobierno, según los que sostienen este argumento, sólo tendría que informar a la población de los riesgos del tabaco para la salud, con el fin de que cada persona tome su propia decisión sobre la cuestión, pero sin legislar medidas restrictivas. Ya hemos dicho antes que este argumento es hoy en día insostenible. El tabaquismo es actualmente en los países desarrollados un importante problema de salud pública que ocasiona un elevado coste sanitario y social, el cual debe ser soportado por toda la sociedad. Además, es preciso respetar los derechos de los no fumadores, que pueden sufrir molestias y ver afectada su salud como consecuencia de la exposición al humo del tabaco en lugares cerrados. Todo ello justifica la necesidad de implementar planes de lucha antitabáquica que incluyan medidas educativas y legislativas destinadas a reducir en lo posible la magnitud y los efectos del problema. Por otra parte, no es la primera ni será la última vez que los Gobiernos coartan la libertad individual en el ejercicio de su deber como responsables de la protección de la Salud Pública. Las medidas de cuarentena, la obligatoriedad de ciertas vacunaciones, la obligatoriedad del uso de cinturones de seguridad o las limitaciones de velocidad son medidas que restringen más las libertades del individuo que las que se recomiendan normalmente para combatir el tabaquismo. Por la libertad, no deberíamos entender la libertad de los industriales y de los publicitarios que fabrican y promueven un producto que constituye un riesgo para la salud, sino la libertad de los gobiernos y de la sociedad para implantar medidas de protección de la salud de la colectividad, aunque con ellas se vean afectados algunos intereses y se restrinjan las libertades individuales de algunos miembros de esta colectividad (40,41).

En lo que hace referencia al *segundo argumento* (el de que *su eficacia no ha sido probada*), es indudable que para obtener la "prueba definitiva" de la eficacia de las medidas legislativas tendrían que pasar muchos años. Aunque la experiencia de países donde se han aplicado planes comprensivos de lucha antitabáquica (Finlandia, Noruega y Suecia) es, tal como veremos más adelante, alentadora (6), tendrá que pasar mucho tiempo hasta que se puedan apreciar los efectos duraderos de las medidas tomadas y en cualquier caso será difícil saber qué parte de los efectos es debida a las medidas legislativas y cual a las medidas educativas. El Comité de Expertos en lucha antitabáquica afirma rotundamente que, si bien la eficacia a largo plazo de las medidas legislativas no está probada, existen indicios de su eficacia a corto y medio plazo, por lo que la necesidad de estas medidas es evidente (6). En el peor de los casos no perjudicarán a nadie y todo Gobierno que espere a obtener "la prueba" de su eficacia definitiva asumirá la grave

responsabilidad de saber que su pasividad está contribuyendo al aumento de las enfermedades, incapacidades y defunciones prematuras debidas al tabaco, y esta última es una cuestión que no ofrece hoy en día lugar a dudas.

El Comité de Expertos de la OMS, en sus informes (5,6) y la U.I.C.C. (11) han recomendado firmemente que los Gobiernos pongan en marcha medidas legislativas que coadyuven a los programas educativos de lucha antitabáquica.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que ninguna medida de lucha antitabáquica resolverá por sí sola el problema del tabaquismo. El comité señala que no hay que esperar que las medidas legislativas tengan un gran efecto por sí solas. Las medidas recomendadas constituyen sólo una parte de la estrategia general de lucha antitabáquica, en la que la legislación, si bien es indispensable, es sólo uno de los diversos elementos componentes. El más importante es la acción educativa, mientras que las medidas legislativas sólo son un soporte de esta acción. Tampoco hay que intentar implantar todas las medidas posibles de una sola vez, sino que habrá que hacerlo progresivamente. Además, hasta que no sean evidentes los efectos de la acción educativa, algunas medidas legislativas pueden suscitar actitudes negativas por parte del público. Será preciso también que las medidas que se legislen sean de posible aplicación por parte de los Gobiernos y de posible acatamiento por parte del público, ya que si no es así quedarán desacreditadas rápidamente. Por último, es importante que las medidas sean aprobadas por el Parlamento, lo que les da un cariz más democrático y menos autoritario que si se trata de una acción puramente de Gobierno (9).

Según el mencionado Comité de Expertos (5,6) los objetivos de las medidas legislativas son los siguientes:

- Reducir el consumo de tabaco o evitar que aumente.
- Complementar las medidas educativas, las cuales no serán del todo eficaces si no van apoyadas por medidas legislativas.
- Demostrar la preocupación del Gobierno. Este punto es muy importante, ya que la mayoría del público considera que la ausencia de estas medidas pone de manifiesto que el Gobierno no considera el hábito de fumar como un problema grave para la salud pública.
- Influir en las actitudes del público hacia el consumo de tabaco. La introducción y puesta en práctica de una legislación adecuada demuestra que los Gobiernos y autoridades sanitarias consideran el hábito de fumar como socialmente (y médicamente) indeseable.
- Reducir los riesgos para la salud de los que continúan fumando.
- Limitar la exposición de los no fumadores al humo de los cigarrillos.

El informe efectuado en el año 1979 por el Comité de Expertos de la

OMS (6), señala que las medidas legislativas despliegan sus efectos en cuatro fases:

1.- El simple anuncio del Gobierno de su intención de legislar ya supone una cierta propaganda y la adopción de una postura negativa hacia el tabaquismo.

2.- Los debates del proyecto de ley en el Parlamento implican también una importante acción propagandística.

3.- La aprobación de las medidas y su entrada en vigor suelen producir, juntamente con la propaganda concomitante, un impacto inmediato en la población.

4.- Por último, la legislación como parte de un Plan de lucha antitabáquica, produce un efecto a largo plazo juntamente con las medidas educativas.

Las medidas legislativas a aplicar son de dos tipos:

*Unas van destinadas a cambiar las prácticas de fabricación, promoción y venta de cigarrillos* (por ejemplo, restricción de la publicidad, reducción de las cantidades de alquitrán, de nicotina y de monóxido de carbono en los cigarrillos, prohibición de la venta de cigarrillos a los menores de 16 años, etc).

*Otras están destinadas a cambiar las prácticas de los fumadores* (por ejemplo, limitación de fumar en lugares públicos).

El Comité de Expertos en lucha antitabáquica de la OMS (5,6) y la U.I.C.C. (11) han recomendado a los Gobiernos que examinen la conveniencia de adoptar disposiciones legislativas con las siguientes finalidades:

### **1. Regulación de la promoción de las ventas de tabaco.**

La promoción de las ventas de tabaco adopta diferentes formas, pero la más importante es la publicidad directa (prensa, radio, cine y televisión) o a través de carteles y murales situados en exteriores. El patrocinio de actividades deportivas y culturales es otra forma de publicidad (indirecta en este caso), que goza de gran aceptación entre los fabricantes de cigarrillos.

El Comité de Expertos, en su informe del año 1984 (5), recomendó "limitar de momento la publicidad de cigarrillos, con el objetivo de suprimirla". El mismo Comité, en su informe del año 1979 (6), afirma que las prohibiciones parciales de la publicidad no han dado los resultados esperados (los fabricantes han orientado los gastos de promoción hacia actividades permitidas), por lo que se pronuncia por la "prohibición total de la publicidad de

tabaco". La misma recomendación está efectuada en el informe del Real Colegio de Médicos de Londres de 1977 (32) en el que se recomienda que todas las formas de promoción del tabaco sean prohibidas en un periodo de pocos años, empezando por las marcas de mayor contenido de alquitrán.

Actualmente la publicidad del tabaco está prohibida totalmente en 15 países. En otros 32 países existen legislaciones más o menos restrictivas sin que la publicidad esté totalmente prohibida (42).

De los 15 países en los que la prohibición es total (Mozambique, Jordania, Bulgaria, Checoslovaquia, Finlandia, Alemania Oriental, Hungría, Islandia, Italia, Noruega, Polonia, Rumanía, U.R.S.S., Yugoslavia y Singapore) sólo 6 pertenecen al mundo libre con economía de mercado. Los demás son países comunistas con economía centralizada, en los que está prohibido todo tipo de publicidad y, como es lógico, también la del tabaco. En Italia, la legislación es estricta (ley nº 165 de 10 de Abril de 1962) y prohíbe la publicidad de cualquier producto a base de tabaco, ya sea nacional o extranjero, pero las sanciones previstas son tan bajas (de 20.000 a 200.000 liras, y en caso de reincidencia de 200.000 a 2.000.000 de liras) que, en la práctica, la legislación no se cumple. Así, por ejemplo, sólo en el mes de Abril de 1980, la publicidad de los productos de tabaco en los periódicos de Italia supuso unos 250 millones de liras (43,44).

En España, la publicidad del tabaco tan sólo está limitada en la radio y en la televisión, y es libre en los demás medios de comunicación. El Real Decreto 1100/78 de 12 de Mayo, que regula la publicidad del tabaco y de las bebidas alcohólicas en los medios de comunicación del Estado (B.O.E. de 29 de mayo de 1978) sólo permite los anuncios de tabaco y alcohol a partir de las 9,30 h. de la noche y grava las facturaciones con el 100% de recargo. Además, prohíbe incluir la mencionada publicidad en los programas dirigidos a una audiencia principalmente infantil, en los de contenido específicamente pedagógico y en los de carácter informativo sobre temas de interés público que promueva la Administración o los Organismos o Instituciones públicas tuteladas o subvencionadas por el Estado. Por último, en la confección de la publicidad del tabaco o del alcohol, prohíbe la utilización de argumentos dirigidos a menores de edad, así como los fundados en alusiones a la eficacia social del consumo de tabaco o de alcohol. También se prohíbe expresamente la intervención de menores de 18 años en la realización de los anuncios.

El mes de marzo de 1984, cuando entre en vigor el Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo (B.O.E. de 15 de Abril de 1982), la publicidad destinada a fomentar el consumo de tabaco estará totalmente prohibida en los medios de comunicación del Estado y otras entidades de derecho público. Se exceptúa la publicidad puramente informativa de la aparición de nuevos productos



que, por su bajo contenido en alquitrán y nicotina u otras características, supongan un riesgo menor para la salud. La publicidad de estos productos solamente se podrá efectuar durante un plazo de dos años a partir de su introducción en el mercado.

La evaluación de la eficacia de las medidas legislativas que prohíben la publicidad del tabaco, es muy difícil de efectuar, ya que muchas veces las prohibiciones han sido parciales y casi siempre han ido acompañadas de educación sanitaria. El caso de Noruega, sin embargo, ha demostrado la eficacia a corto plazo de las medidas tomadas (11). En este país, se inició en el año 1975 un Plan de lucha antitabáquica comprensivo, que incluía la prohibición total de la publicidad del tabaco y un amplio programa de educación sanitaria. Aunque los objetivos fijados en el Plan eran a largo plazo, en la tabla adjunta (Tabla nº 1) que presenta la prevalencia del hábito de fumar en Noruega durante el periodo 1973-1979, podemos observar como se ha producido una rápida e importante disminución de la prevalencia de hombres fumadores después de la puesta en marcha del Plan, y un estacionamiento de la prevalencia en las mujeres, lo que contrasta con el incremento constante de mujeres fumadoras que se venía produciendo en este país durante la década de los 50 y de los 60.

TABLA Nº 1

## PREVALENCIA DEL HABITO DE FUMAR EN NORUEGA 1973-1979

Tasas por 100 habitantes. De 16 o más años.

|                                              |      | Hombres % | Mujeres % |
|----------------------------------------------|------|-----------|-----------|
| Diciembre                                    | 1973 | 51        | 32        |
| Marzo                                        | 1974 | 52        | 31        |
| Junio                                        | 1974 | 52        | 32        |
| Septiembre                                   | 1974 | 55        | 31        |
| Diciembre                                    | 1974 | 53        | 32        |
| Junio                                        | 1975 | 52        | 32        |
| Introducción de la legislación antitabáquica |      |           |           |
| Septiembre                                   | 1975 | 49        | 32        |
| Diciembre                                    | 1975 | 48        | 33        |
| Diciembre                                    | 1976 | 49        | 32        |
| Diciembre                                    | 1977 | 44        | 30        |
| Diciembre                                    | 1978 | 45        | 31        |
| Diciembre                                    | 1979 | 43        | 33        |



La legislación que prohíbe totalmente la publicidad del tabaco en Finlandia es más reciente (data del primero de Marzo de 1978) y también forma parte de un Plan comprensivo de lucha antitabáquica claramente apoyado por el Gobierno y por la comunidad. Las primeras evaluaciones efectuadas indican una clara disminución de la prevalencia del hábito de fumar en los jóvenes de este país.

Los resultados obtenidos en estos dos países son esperanzadores y hacen pensar que la puesta en marcha de un Plan de Lucha Antitabáquica que incluya medidas legislativas prohibiendo totalmente la publicidad del tabaco, puede dar resultados más rápidos de lo que se pensaba hasta hoy.

## **2. Impresión obligatoria de avisos y advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios.**

La impresión en los paquetes de cigarrillos de mensajes informativos avisando a los fumadores de los peligros del tabaco para la salud, ha sido recomendada por el Comité de Expertos de la OMS en los informes de los años 1974 (5) y 1979 (6). La misma recomendación ha sido efectuada por el Royal College of Physicians de Londres (32) en sus informes y por la U.I.C.C. (11).

Aunque lo ideal sería que los fabricantes llegasen a acuerdos con el Gobierno y aceptasen libremente la impresión de avisos y advertencias en los paquetes de cigarrillos, la experiencia ha demostrado, al igual que con la publicidad del tabaco, que los fabricantes, en general, no admiten voluntariamente la impresión de advertencias que reflejen exactamente el parecer de las autoridades sanitarias, y que hacen lo posible por reducir al mínimo el impacto de las mencionadas advertencias. Por esto el Comité de Expertos de la OMS en lucha antitabáquica ha recomendado la adopción de avisos y advertencias en los paquetes de cigarrillos.

La introducción de un sistema obligatorio de avisos y advertencias tiene la ventaja adicional de comprometer al Gobierno en la lucha antitabáquica y pone todavía más de relieve su preocupación por las consecuencias del hábito de fumar sobre la salud pública del país. La ausencia de avisos en los paquetes, en cambio, puede ser interpretada por los niños y por el público en general como un reflejo de la ausencia de opinión sobre el tema por parte del Gobierno, que no conviene para un Plan de lucha antitabáquica.

Siguiendo las recomendaciones del Comité de Expertos, 34 países han establecido ya legislaciones que obligan a las industrias tabaqueras a imprimir en todos los paquetes de cigarrillos avisos y advertencias de salud. En otros 4 países el Gobierno y los fabricantes han llegado a acuerdos voluntarios en este sentido sin necesidad de legislar sobre el tema (42).

El Comité recomienda que la legislación especifique exactamente las características que deben tener las advertencias (medida, color, diseño y lugar donde deben ir imprimidas) con el fin de atraer la atención del fumador, al menos igual que cualquier otra parte del paquete. Con esto se pretende evitar que los fabricantes disminuyan sus efectos con un diseño cuidadoso del paquete o cualquier otro artificio.

Las advertencias deben ser veraces y comprensibles para el público en general y el Gobierno debe reservarse el derecho de modificarlas a medida que progresen los conocimientos sobre el tabaco o que dejen de tener el efecto deseado.

El principal problema que plantean los avisos y advertencias es que, con el tiempo, el público se acostumbra y deja de prestarles atención. En Estados Unidos, desde el año 1972, todos los paquetes de cigarrillos deben llevar impresos en la cubierta esta advertencia: "Aviso: el cirujano general ha determinado que el consumo de cigarrillos es peligroso para su salud". Los datos de dos encuestas y el convencimiento actual de que el consumo de cigarrillos es más peligroso de lo que se creía cuando se estableció la primera legislación sobre las advertencias y avisos en los paquetes de cigarrillos, han sido la causa de que la Federal Trade Commission de U.S.A. (45), recomendase recientemente cambiar el actual sistema de avisos por otro en el que los mensajes no sean siempre los mismos, sino que vayan cambiando periódicamente y que sean rotativos entre los diferentes productos de cigarrillos. Los mensajes en cuestión deberían tratar los diferentes efectos específicos del tabaco sobre la salud, así como los efectos sobre el feto. También ha recomendado cambiar el tamaño y la forma de la advertencia para que sea más evidente para el consumidor.

En Suecia, la legislación antitabáquica obliga a los fabricantes a imprimir 16 avisos diferentes, los cuales deben aparecer con la misma frecuencia, es decir, un fabricante no se puede limitar a poner siempre el mismo aviso. De esta manera el fumador no se habitúa a un mismo texto y, presta más atención a la advertencia. Los avisos obligatorios a imprimir por la legislación sueca en los paquetes de cigarrillos tratan la mayoría de los aspectos de las consecuencias del consumo de tabaco para la salud, es decir, no solo advierten del peligro del tabaco para la salud, sino que informan de los aspectos específicos de este peligro (11).

El Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo (B.O.E. del 15 de Abril), establece por primera vez en España la obligatoriedad de imprimir en el exterior de todos los paquetes de tabaco destinados al consumo nacional, el siguiente aviso: "La Dirección General de Salud Pública advierte que el uso de tabaco puede ser perjudicial para su salud".

Recientemente (Real Decreto 2072/1983 de 28 de Julio, B.O.E. de 5 de Agosto) el Gobierno ha modificado el texto del mensaje para darle mayor credibilidad. El mes de marzo de 1985, todos los cigarrillos vendidos en España, deberán llevar impresa esta advertencia: "La Dirección General de Salud Pública advierte que el uso del tabaco es perjudicial para la salud".

A pesar de que esta legislación llega con mucho retraso a nuestro país y con una redacción anticuada, debemos reconocer que supone un avance importante, ya que compromete al Gobierno en la lucha antitabáquica.

3. **Impresión obligatoria** en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios de **los valores medios de emisión de alquitrán, de nicotina y de monóxido de carbono**, resultantes de la combustión de cada cigarrillo fumado en condiciones normales.

Al hablar de la educación sanitaria de los adultos hemos dicho que el objetivo fundamental de la acción educativa es que los fumadores abandonen su hábito. También hemos dicho que en aquellos casos en los cuales no sea posible obtener la cesación, la acción educativa tendrá que ir dirigida a promover que los fumadores disminuyan la inhalación de las sustancias nocivas presentes en el humo del tabaco (nicotina, alquitrán, monóxido de carbono) pasando a consumir cigarrillos con filtro y que tengan una concentración baja de alquitrán y media de nicotina. Los cigarrillos que reúnan estas condiciones son los que contienen 1 mg de nicotina y menos de 15 mg de alquitrán. Los cigarrillos con una cantidad inferior de nicotina no satisfacen al fumador, el cual aumenta la cantidad de humo inhalado y/o el número de cigarrillos fumados a fin de compensar su necesidad de nicotina.

Con el fin de que la acción educativa sea operativa y para ayudar a los fumadores a escoger las marcas de cigarrillos menos peligrosas y que reúnan las condiciones mencionadas, el Comité de Expertos de la OMS ha recomendado que en los paquetes de cigarrillos y en los anuncios figuren las cantidades de nicotina, de alquitrán y de monóxido de carbono emitidas por el cigarrillo fumado en condiciones normales.

En algunos países, ésto se ha conseguido en base a un acuerdo voluntario entre el Gobierno y las compañías (Canadá, Dinamarca, Alemania Occidental, Inglaterra). En otros, ha sido preciso dictar las correspondientes disposiciones legislativas (Egipto, Bélgica, Finlandia, Francia, Holanda, Suecia y Suiza) (42).

Como es lógico, esta acción legislativa sólo será efectiva si a las cifras de emisión de nicotina y de alquitrán se les da un significado a través de la educación sanitaria. En Inglaterra el DHSS ha publicado unas tablas de contenido de nicotina y de alquitrán de todas las marcas de cigarrillos vendidas

en el país y, de acuerdo con las recomendaciones del último informe del Royal College of Physicians of London (32), ha aconsejado que los fumadores de cigarrillos que no puedan abandonar su hábito, pasen a consumir cigarrillos que contengan alrededor de 1 mg de nicotina y menos de 15 mg de alquitrán.

Un punto fundamental que destaca el Comité de Expertos es que se debe evitar que los fabricantes utilicen la información sobre el contenido del humo para dar a entender que algunas marcas no son peligrosas y así promover las ventas. Ya hemos dicho antes que no hay ningún cigarrillo no peligroso y que la única manera segura de eliminar el riesgo es dejar de fumar.

En España el Real Decreto de 4 de abril de 1979 (B.O.E. de 31 de Mayo de 1979) regula las calificaciones de "bajo en nicotina" y "bajo en alquitrán" utilizadas en la comercialización y publicidad del tabaco en nuestro país. La expresión "bajo en nicotina" sólo se podrá utilizar cuando el contenido en nicotina del cigarrillo medido según normas ISO 3.400 sea inferior a 1 mg; la expresión "bajo en nicotina y alquitrán" sólo se podrá utilizar en los cigarrillos que reúnan conjuntamente las dos características citadas. Estas expresiones, que serán las únicas susceptibles de utilización, podrán figurar impresas en los paquetes o en las etiquetas que estén fijadas a ellos, y no se podrá autorizar la publicidad de cigarrillos basada en las expresiones citadas u otras similares que pudieran inducir a confusiones al público consumidor.

Este Real Decreto no obliga a la impresión en los paquetes de cigarrillos de las cantidades de nicotina y de alquitrán emitidas por el cigarrillo, y sólo parece destinado a evitar la publicidad engañosa que da lugar a una falsa seguridad en los consumidores.

En la Tabla nº 2 se presentan las cifras de emisión de alquitrán y de nicotina de los cigarrillos de producción nacional, vendidos en España (46).

En rango de las cifras de emisión de alquitrán va desde 28 mg del "Fetén" a 10,6 mg del "Sombra".

En la tabla nº 3 se presenta la misma relación con los cigarrillos extranjeros vendidos en España (46).

En este caso el rango va desde los 28 mg. de alquitrán del Lucky Strike y del Pall Mall, a los 9 mg. del Merit.

Las cifras presentadas sobre el contenido de alquitrán y de nicotina por cigarrillo sólo son una orientación, ya que tal como señalan ZARAGOZA y LLANOS, las diferencias de cosecha, la mezcla realizada, las variaciones en el proceso industrial y las diferentes condiciones de conservación influyen y modifican los contenidos de alquitrán y de nicotina, incluso en la misma marca de cigarrillos.

TABLA Nº 2  
 CONTENIDO DE ALQUITRAN Y DE NICOTINA EN LOS CIGARRILLOS PENINSULARES Y DE CANARIAS

| MARCA               | ALQUITRAN<br>(mg) | NICOTINA<br>(mg) |
|---------------------|-------------------|------------------|
| Cigarrillos negros: |                   |                  |
| Bonanza             | 14,3              | 1,93             |
| Celtas cortos       | 14,4              | 1,48             |
| Celtas filtro       | 15,4              | 1,84             |
| Celtas hebra largo  | 15,6              | 1,44             |
| Ducados             | 16,2              | 1,79             |
| Fetén               | 28                | 1,15             |
| Goya                | 26                | 1,32             |
| Habanos             | 22,7              | 2,50             |
| Ideales             | 23,5              | 1,91             |
| Record              | 21                | 1,18             |
| Rex                 | 22                | 1,20             |
| Rocío               | 12,3              | 1,59             |
| Sombra              | 10,6              | 1,25             |
| Yuste               | 19,7              | 2,12             |
| 46                  | 24                | 1,22             |
| Cigarrillos rubios  |                   |                  |
| Bisonte             | 21,1              | 2,10             |
| Fortuna             | 13,5              | 1,13             |
| Lola                | 17,1              | 2,16             |
| Piper               | 23,2              | 2,68             |
| Un-X-Dos            | 25,7              | 2,31             |

FUENTE: ZARAGOZA, J.R., LLANOS, M.  
 Tabaco y Salud, Editorial A.C.  
 Madrid 1980.

En la Tabla nº 4, observamos que la primera marca en venta de cigarrillos negros en España en el año 1980 (Ducados con filtro) tiene una concentración relativamente baja de alquitrán (16,2 mg.).

**TABLA Nº 3**  
**CONTENIDO DE ALQUITRAN Y DE NICOTINA DE LOS CIGARRILLOS EX-**  
**TRANJEROS VENDIDOS EN ESPAÑA.**

| MARCA                     | ALQUITRAN<br>(mg) | NICOTINA<br>(mg) |
|---------------------------|-------------------|------------------|
| Benson and Hedges         | 15                | 1,1              |
| Camel (con filtro)        | 19                | 1,3              |
| Camel (sin filtro)        | 23                | 1,5              |
| Chesterfield (con filtro) | 19                | 1,4              |
| Chesterfield (sin filtro) | 25                | 1,5              |
| Du Maurier                | 16                | 1,1              |
| Dunhill                   | 16                | 1,1              |
| Eve                       | 18                | 1,3              |
| Craven A                  | 15                | 1,1              |
| Kent (paquete de cartón)  | 15                | 0,9              |
| Kent (paquete de papel)   | 16                | 1,0              |
| Kool Mentol               | 17                | 1,3              |
| LM (paquete de cartón)    | 18                | 1,3              |
| LM (paquete de papel)     | 19                | 1,3              |
| Lucky Strike              | 28                | 1,7              |
| Marlboro                  | 17                | 1,1              |
| Mérit                     | 9                 | 0,7              |
| Multifilter               | 13                | 0,9              |
| Newport Mentol            | 17                | 1,2              |
| Pall Mall                 | 28                | 1,8              |
| Parliament                | 15                | 0,9              |
| Peter Stuyvesant          | 19                | 1,4              |
| Philips Morris            | 22                | 1,4              |
| Reyno Mentol              | 17                | 1,1              |
| Rothmans                  | 12                | 0,7              |
| True                      | 11                | 0,7              |
| Winston                   | 19                | 1,3              |

FUENTE: ZARAGOZA, J.R.; LLANOS, M.  
M. Tabaco y Salud. Editorial A.C.  
Madrid 1980.

TABLA Nº 4  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VENTA DE CIGARRILLOS EN EL  
MERCADO ESPAÑOL DURANTE LOS AÑOS 1979 y 1980.

| Orden<br>1980 | Orden<br>1979 | MARCA                   | % PARTICIPACION<br>1980 | % PARTICIPACION<br>1989 |
|---------------|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1             | 1             | Ducados con filtro      | 52,4                    | 46,7                    |
| 2             | 2             | Rex con filtro          | 9,5                     | 10,1                    |
| 3             | 3             | Celtas largo con filtro | 8,0                     | 9,1                     |
| 4             | 4             | Celtas sin filtro       | 5,6                     | 5,5                     |
| 5             | 5             | Record con filtro       | 3,4                     | 4,1                     |
| 6             | 7             | Sombra con filtro       | 3,2                     | 3,2                     |
| 7             | 6             | "46" con filtro         | 2,8                     | 3,7                     |
| 8             | 8             | Kaiser con filtro       | 1,3                     | 2,9                     |
| 9             | 11            | Fetén con filtro        | 0,9                     | 1,3                     |
| 10            | —             | Condal con filtro       | 0,9                     | 0,8                     |
|               |               | Otros                   | 12,0                    | 12,6                    |
|               |               | <b>TOTAL</b>            | <b>100,0</b>            | <b>100,0</b>            |

FUENTE: Actualidad Tabaquera. Octubre, 1981.

En la Tabla nº 5 se observa que las dos primeras marcas en venta de cigarrillos rubios en España (Fortuna con filtro y Winston con filtro) tienen concentraciones bajas (13,5 mg.) y media (19 mg.) de alquitrán respectivamente.

Estos datos indican que, incluso en ausencia de medidas educativas y legislativas, el consumidor español demuestra su preferencia por las labores de tabaco menos peligrosas de las disponibles en el mercado.

#### 4) **Establecer los límites máximos de sustancias nocivas en los cigarrillos.**

El Comité de Expertos de la O.M.S. en lucha antitabáquica, en su último informe (1979) (5), ha recomendado a los países miembros de la O.M.S., que adopten legislaciones estableciendo los límites máximos para los productos de la combustión de cigarrillos (nicotina, alquitrán y monóxido de carbono). También ha recomendado que estos límites se vayan rebajando progresivamente en el plazo más breve posible.

**TABLA Nº 5**  
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VENTA DE CIGARRILLOS RUBIOS**  
**EN EL MERCADO ESPAÑOL DURANTE LOS AÑOS 1979 y 1980.**

| Orden<br>1980 | Orden<br>1979 | Marca                   | % PARTICIPACION<br>1980 | % PARTICIPACION<br>1979 |
|---------------|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1             | 1             | Fortuna con filtro      | 67,1                    | 60,8                    |
| 2             | 2             | Winston con filtro      | 14,5                    | 13,8                    |
| 3             | 4             | Lola con filtro         | 2,4                     | 3,4                     |
| 4             | 5             | Bisonte sin filtro      | 2,3                     | 3,0                     |
| 5             | 3             | Florida con filtro      | 2,2                     | 4,1                     |
| 6             | 7             | Marlboro con filtro     | 2,2                     | 1,9                     |
| 7             | 6             | Un-X-Dos con filtro     | 2,0                     | 2,5                     |
| 8             | 8             | Piper Mentol con filtro | 1,2                     | 1,4                     |
| 9             | 10            | 3 Carabelas con filtro  | 0,9                     | 1,1                     |
| 10            | 11            | Chesterfield sin filtro | 0,7                     | 1,1                     |
|               |               | Otras                   | 4,5                     | 6,9                     |
| TOTAL         |               |                         | 100,0                   | 100,0                   |

FUENTE: Actualidad Tabaquera. Octubre, 1981.

Según la U.I.C.C. (11), las finalidades iniciales de la legislación deben ser la eliminación del mercado de todas las marcas que contienen más de 20 mg. de alquitrán. La concentración de nicotina no debería rebajarse a menos de 1 mg. La de monóxido de carbono debería de rebajarse al máximo que permite la tecnología actual de la industria tabaquera.

El Royal College of Physicians de Londres ha recomendado, en su último informe (1977) (32), que el Parlamento apruebe la legislación necesaria para que, lo más pronto posible, se eliminen del mercado inglés las marcas de cigarrillos que contengan más de 15 mg. de alquitrán o de 1 mg. de nicotina.

En el Estado Español, la primera legislación sobre esta cuestión es la contenida en el Real Decreto 709/1982 de 5 de marzo (B.O.E. de 15 de Abril de 1982). A partir de ahora no podrán introducirse en el mercado español cigarrillos nuevos que contengan más de 24 mg. de alquitrán y más de 1,6 mg. de nicotina. El Decreto aprobado no dice nada sobre la retirada de las labores



de tabaco ya existentes en el mercado que contengan cantidades superiores de alquitrán y/o de nicotina, por lo que es de suponer que se continuarán vendiendo.

**5) Adoptar una política de impuestos sobre el tabaco contraria al hábito de fumar.**

Clásicamente los países han utilizado los impuestos sobre el tabaco (igual que sobre el alcohol) como un medio fácil de obtener ingresos para el fisco. Incluso muchas veces se piensa que la no adopción de un Plan de lucha antitabáquica por parte del Gobierno puede ser debida al temor de perder esta importante fuente de ingresos para el Presupuesto del Estado. Este argumento no es sostenible hoy en día por ningún Gobierno si se valoran adecuadamente las graves consecuencias del tabaco para la salud pública en término de enfermedades, invalideces, muertes producidas y del coste sanitario y social.

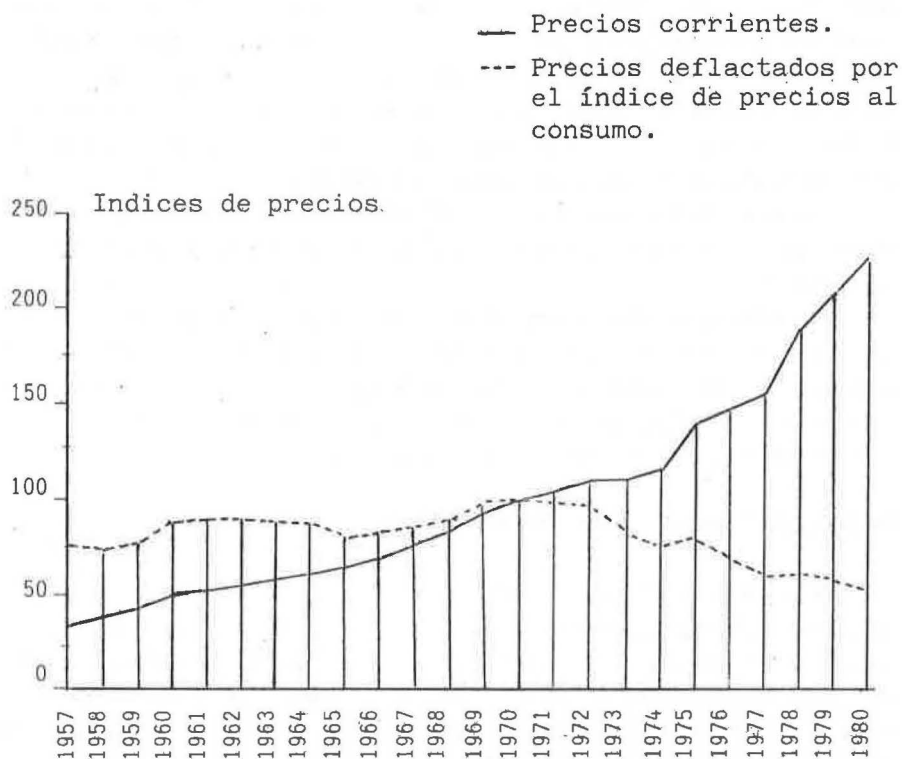
El Comité de Expertos de la OMS (5,6), el Royal College of Physicians de Londres (32) y la U.I.C.C. (11) han recomendado que los Gobiernos utilicen la política de impuestos sobre el tabaco pensando en la lucha antitabáquica y no en los presupuestos del Estado.

Entre las recomendaciones efectuadas está, en concreto, la de aumentar progresivamente los impuestos de forma sustancial, con el objetivo de disminuir el consumo de tabaco. La experiencia ha demostrado que los incrementos sustanciales de los impuestos van seguidos a menudo de una disminución en el consumo, lo que persiste generalmente de 6 a 12 meses. El incremento de los impuestos debe ser tal que el precio del tabaco vaya siempre, como mínimo, por delante de la inflación. El argumento más favorable al aumento progresivo de los impuestos sobre el tabaco es que el encarecimiento del precio del producto hará que cada vez sea menos asequible a los jóvenes, lo que es presumible que coadyuve para que no empiecen a fumar.

En el Gráfico nº 4 se observa que en España los precios del tabaco ajustados según el índice de precios al consumo han disminuído durante el periodo 1970-1980 (índice ajustado con base 100 el año 1970 = 55'3 el año 1980) (47).

El inconveniente principal del incremento gradual y progresivo de los impuestos son las consecuencias negativas que puede tener sobre la economía de las familias de bajo nivel de renta, el cabeza de las cuales siga dependiendo del tabaco y no pueda abandonar el hábito.

Además, si el aumento es excesivo puede ser contraproducente, ya que puede dar lugar a un mercado negro importante si en los países vecinos los

G R A F I C O n° 4INDICES DE PRECIOS DEL TABACO ELABORADO (Base 1970 = 100)

FUENTE: SERVICIO DE ESTUDIOS DE TABACALERA, S.A. Documento n° 1.  
Actualidad Tabaquera, 1981.

precios son mucho más bajos. Es por éso que el Comité de Expertos de la OMS recomienda que los aumentos no superen el 20% anual (en el supuesto que la inflación no sea superior a esta cifra).

También se ha recomendado establecer un sistema de tributación diferencial que grave más los cigarrillos más peligrosos. El objetivo de esta tributación diferencial es que los cigarrillos de bajo contenido en alquitrán y medio en nicotina sean más baratos que los de elevado contenido de estas sustancias nocivas. Como es lógico, cuando en los países hay legislaciones que prohíben la fabricación y venta de cigarrillos peligrosos, esta tributación no es necesaria. El impuesto diferencial puede gravar la marca en proporción a su contenido en alquitrán o puede ser un importe suplementario para penalizar las marcas cuyo rendimiento supera un nivel determinado de alquitrán. En 1978 se aprobó en Inglaterra un impuesto suplementario para las marcas que proporcionaban más de 20 mg. de alquitrán por cigarrillo. En Austria ha sido aprobada una legislación parecida.

El Comité de Expertos ha recomendado que el nivel de alquitrán a partir del cual se recauda el impuesto suplementario, se vaya reduciendo progresivamente.

Una última posibilidad legislativa es establecer que una parte de los impuestos obtenidos del tabaco se dediquen obligatoriamente a la lucha antitabáquica. En Finlandia, por ejemplo, la ley sobre el tabaco exige que una proporción de los ingresos obtenidos de los impuestos del tabaco se dediquen a la educación sanitaria antitabáquica.

## **6. Restricciones de las ventas de tabaco.**

Es una idea bastante extendida en todos los países desarrollados que no debe venderse cigarrillos a los menores de 16 años ya que, en caso contrario, es difícil que los niños se tomen en serio los mensajes de educación sanitaria. Muchos países han adoptado ya medidas legislativas declarando ilegales la venta y el ofrecimiento de cigarrillos a los niños menores de 16 años. El Comité de Expertos de la OMS recomienda que la legislación penalice al vendedor que transgreda la ley, pero en ningún caso al niño.

El único inconveniente de estas medidas legislativas es que, como consecuencia de la prohibición, los niños consideren el tabaco como un privilegio de los adultos, resultando así más atractivo.

Ningún país del mundo se ha planteado la posibilidad de restringir o prohibir las ventas de tabaco, ya que la experiencia de la ley seca americana con el alcohol fué demostrativa de la ineficiencia de estas medidas, que lo único que consiguen es crear un mercado negro del producto cuya venta se ha prohibido.

Pero el Comité de Expertos de la OMS, en su último informe (6), se pronuncia claramente por una cierta restricción en las ventas. Según este Comité, el tabaco no debería venderse en máquinas automáticas, en la calle o en otros lugares a los que los jóvenes tengan un fácil acceso. También debería prohibirse la venta de tabaco en los Centros y Servicios Sanitarios y en las escuelas e institutos de enseñanza media.

El Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo (B.O.E. de 15 de Abril) establece por primera vez en España la prohibición de la venta de tabaco a los menores de 16 años. Esta prohibición está ya en vigor.

### **7) Restricciones al consumo de tabaco en lugares públicos.**

Desde hace mucho tiempo se conocen las molestias que ocasiona a los no fumadores la exposición al humo del tabaco en lugares cerrados (5,6). En los fumadores pasivos el humo del tabaco puede dar lugar a irritación de las mucosas nasales, oculares y de garganta. Con menos frecuencia puede ocasionar cefaleas y náuseas. Estos síntomas han sido atribuidos al formaldehído, la acroleína, el acetaldehído y a los óxidos de nitrógeno. Aunque no suponen ningún riesgo para la salud a largo plazo, causan notables molestias e, incluso, pueden disminuir el rendimiento en el trabajo de los fumadores pasivos.

También hace bastantes años se conoce que la exposición al humo del tabaco en lugares cerrados puede ser peligrosa para la salud de las personas que sufren algunas enfermedades crónicas (cardíacos, bronquíticos, enfisematosos, asmáticos, alérgicos, etc) (5,6).

Se sabe también, pero desde hace menos tiempo, que la exposición involuntaria al humo del tabaco puede ser nociva para la salud de las personas sanas, especialmente las que son muy jóvenes. Estudios efectuados en Inglaterra (48) han demostrado que los fumadores pasivos expuestos a cantidades importantes de humo de tabaco en lugares cerrados, tienen disminuidas las pruebas funcionales pulmonares, y las diferencias con los individuos no expuestos son estadísticamente significativas (49). HIRAYAMA, incluso ha encontrado un incremento del riesgo del cáncer de pulmón en las viudas (no fumadoras) de fumadores de un importante número de cigarrillos (50).

Los datos que acabamos de mencionar han hecho que los no fumadores sean cada vez más conscientes de su derecho a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco. Diferentes encuestas de opinión efectuadas en

los países desarrollados han puesto de manifiesto que aproximadamente unas tres cuartas partes de la población, incluidos la mayoría de los fumadores, son favorables a las restricciones de fumar en los lugares públicos (6). Muchos países ya han adoptado legislaciones restringiendo o prohibiendo fumar en lugares públicos, con el fin de salvaguardar los derechos de los no fumadores.

El Comité de Expertos de la OMS, en su informe del año 1974 (5), recomendó el estudio de la adopción de medidas legislativas con el fin de:

- a) Prohibir fumar en los hospitales y otras Instituciones de salud, excepto en los lugares expresamente reservados al efecto.
- b) Delimitar o ampliar los espacios reservados a los no fumadores en los vehículos de transporte colectivo y en otros lugares públicos en los que no esté totalmente prohibido fumar.
- c) Delimitar de forma precisa los lugares en que está prohibido fumar y anunciar de forma inequívoca esta prohibición con el objeto de que todos los usuarios la conozcan.
- d) Adoptar disposiciones especiales para la protección de niños menores de un año, contra el contacto con personas que estén fumando.

El Royal College of Physicians de Londres, ha recomendado en su último informe (1977) (32) que se establezcan de forma progresiva, más restricciones al fumar, en especial en lugares públicos cerrados como pueden ser tiendas, teatros, restaurantes, transportes públicos. En Estados Unidos, 30 Estados han adoptado ya disposiciones legales restringiendo el consumo de tabaco en lugares públicos.

El Comité de Expertos de la OMS (6) insiste en que esta prohibición no debe tener por objeto perseguir a los fumadores, sino sobre todo proteger los derechos de los no fumadores. La reserva de zonas especiales para fumadores, en especial en transportes públicos, puede contribuir a que el fumador no se sienta perseguido, pero también puede poner de manifiesto que la norma es no fumar y que el fumar es la excepción, lo que tiene un gran valor educativo.

Aunque el objeto principal de las restricciones que estamos describiendo es la protección de los derechos de los no fumadores, es indudable que también contribuyen a la lucha antitabáquica. Cuanto más numerosos sean los lugares en los que esté prohibido fumar, menos serán las oportunidades que tendrán los fumadores para encender un cigarrillo, y será más fácil el mantenimiento de la abstinencia de los fumadores que hayan podido abandonar su hábito. La creación de medios ambientales libres de la contaminación tabáquica (smoking free environments) (51) se considera hoy en día una medida fundamental en la lucha antitabáquica.

Existen dos lugares en los que la prohibición de fumar, además de los objetivos mencionados, contribuye también a que la educación sanitaria sea más efectiva. Se trata de las escuelas e institutos por una parte y de los centros y servicios sanitarios por otra. Está claro que la prohibición de fumar induce a que el "rol ejemplar" de los agentes de educación sanitaria en estos ámbitos (el personal de enseñanza y el personal sanitario) sea en todos los casos positivo.

En las escuelas la prohibición tiene el inconveniente de que puede ser que algunos alumnos encuentren el tabaco más deseable como consecuencia de la prohibición.

El Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo (B.O.E. de 15 de Abril) establece por primera vez en nuestro país, restricciones y limitaciones al consumo de tabaco en medios de transporte público, establecimientos y grandes locales comerciales cerrados y centros y servicios sanitarios y docentes.

En cuanto a los transportes colectivos, ya sean urbanos o extraurbanos, el Decreto establece la prohibición absoluta de fumar en los vehículos en los que se acepten viajeros sin ocupar asiento. En los otros vehículos de transporte, la prohibición sólo afecta a los asientos reservados para no fumadores.

En cuanto a los establecimientos públicos y grandes locales comerciales cerrados en los que no esté prohibido fumar, el Decreto establece la obligatoriedad de habilitar zonas para no fumadores. Estas zonas estarán delimitadas por una comisión integrada por representantes de los Ministerios de Hacienda, Sanidad, Consumo, Economía y Comercio.

Por último, en el caso particular de los centros sanitarios y docentes, el Real Decreto encomienda a la dirección la creación de zonas en las que esté permitido fumar. Estas zonas estarán debidamente señaladas.

## **8. Restricciones al consumo de tabaco en los lugares de trabajo.**

El consumo de tabaco en los centros de trabajo cerrados puede producir molestias e incomodidades a los no fumadores, igual que en los otros lugares públicos mencionados en el apartado anterior. Además, los trabajadores no fumadores que sufren cardiopatías crónicas, bronquitis, asma o alergia pueden ver empeorado su problema de salud como consecuencia de la exposición al humo del tabaco consumido por sus compañeros de trabajo.

Por todo ello, el Comité de Expertos de la OMS recomendó en su informe del año 1974 (5) la adopción de reglamentos con el fin de proteger a los no fumadores contra la exposición involuntaria al humo del tabaco en los lugares de trabajo.

Como es lógico, los Organismos oficiales deberían dar ejemplo en este punto. Así, en Estados Unidos en el año 1971 el Department of Health, Education and Welfare estableció una reglamentación restrictiva para sus empleados durante el horario de trabajo. Más adelante (1978) han sido adoptados reglamentaciones incluso más rigurosas que afectan a todos los empleados y dependencias del Gobierno americano. En estos reglamentos se establece que no se obligue a nadie a trabajar en una atmósfera contaminada por el humo del tabaco, que se prohíba fumar en las aulas y salas de conferencias, y que se disponga, en los comedores, de zonas separadas para los fumadores y los no fumadores.

En ciertas ocupaciones, la prohibición de fumar está totalmente justificada en beneficio de la seguridad de las personas de las que es responsable el trabajador (por ejemplo, pilotos de líneas aéreas).

En otras profesiones, la prohibición de fumar es necesaria porque el cigarrillo puede poner en peligro al propio fumador y a sus compañeros (por ejemplo, en la minería de carbón, o en aquellas profesiones que manipulen materiales inflamables).

Por último, en ciertas profesiones, el consumo de tabaco incrementa de forma extraordinaria el riesgo de cáncer de pulmón (industria del amianto, minas de uranio, de cromo, de níquel, etc.); o el riesgo de sufrir enfermedades del aparato respiratorio diferentes del cáncer (industrias de minería, de fundición, de mármol, de cemento, etc.). En estas industrias, el Comité de Expertos (6) recomienda que, además de las medidas de higiene industrial destinadas a disminuir la exposición al riesgo (por ejemplo, filtrado de aire, utilización de chorros de agua), la ley prohíba el trabajo en estas industrias de los trabajadores fumadores, tal como ya establece la legislación laboral de Noruega, en la actualidad.

## RESUMEN

El tabaquismo es, en la actualidad, el primer problema de salud pública en España, igual que en los demás países desarrollados.

Para luchar contra esta grave epidemia de nuestro tiempo, la OMS viene recomendado desde hace años a los gobiernos de estos países que pongan en marcha programas de lucha antitabáquica, con el fin de disminuir el elevado coste sanitario y social ocasionado por el tabaco.

Después de señalar que, para que la lucha antitabáquica sea efectiva, el problema debe ser afrontado con una voluntad política real por parte del Gobierno de la nación, el autor pasa a analizar las estrategias actuales de la lucha antitabáquica, las cuales se basan en la información y educación sanitaria y en la legislación. El autor destaca también la importancia para la lucha antitabáquica de la postura de los políticos

que toman decisiones y deben dar ejemplo, y de los sanitarios y enseñantes que deben dar ejemplos y ejecutar acciones de educación sanitaria en sus ámbitos de trabajo respectivos.

#### RESUME

Le tabagisme est maintenant le premier problème de santé publique en Espagne, comme dans les autres pays développés. Pour la lutte contre ce grave épidémie de nos jours, l'OMS recommande depuis quelques années aux gouvernements de ces pays qu'ils doivent établir des programmes de lutte antitabac pour diminuer le haut coût sanitaire et social dérivé du tabagisme. Après montrer que, pour une effective lutte contre le tabac, le problème doit être affronté avec une volonté politique réelle de la part du Gouvernement du pays, l'auteur analyse les stratégies actuelles de la lutte antitabac, qui sont basées sur l'information et l'éducation pour la santé et sur la législation. L'auteur souligne aussi l'importance de la posture des politiques qui prennent des décisions et qui doivent donner des exemples et des personnel sanitaire et enseignant qui doivent aussi donner des exemples et faire de l'éducation sanitaire dans ses respectives ambients de travail.

#### SUMMARY

Smoking is now the first public health problem in Spain, as in the other developed countries. To fight against this serious epidemic of our age, WHO is requesting the governments of these countries from some years to implement programmes against smoking in order to reduce the high health and social costs of smoking. After pointing out that the problem must be faced with a real political will by the national government in order to be effective, the author analyses the present strategies of the fight against smoking, which are based on information and health education and on legislation. The author also emphasizes the importance of the position taken by the politicians which take decisions and must give example and of the health and teaching personnel which also must give example and carry out health education activities in their respective fields 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 SEGURETAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. Informe. El tabaquisme a Catalunya. Serie Informes Tècnics. Barcelona, 1983.
5. Comité de Expertos de la OMS sobre lucha antitabáquica. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de informes técnicos n° 568 OMS, Ginebra, 1974.
6. Comité de Expertos de la OMS sobre lucha antitabáquica. 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, Páginas 391-395.
9. YOUNG, C.: The politics of smoking (Key note presentation n° 2) in "The smoking epidemic, a matter of worldwide concern" Proceedings of the Fourth World Conference on Smoking and Health, edited by RAMSTROM, L.M. Almquist-Willess International. Stockholm, 1979.
10. LALONDE, M.: The new perspective on the Health of Canadians, Ministry of Health and Social Welfare. OTAWA, Canada, 1974.
11. GRAY, N. and DAUBE, M.: Guidelines for smoking control. 2nd Edition U.I.C.C. Technical Report Series. Vol. 52. Geneve, 1980.
12. SALLERAS SANMARTI, L.: Principios y Métodos de educación sanitaria. Publicaciones de Salud Pública. Instituto Municipal de Higiene. Barcelona, 1979.
13. WAKE, F.R.: Preventing the Onset of smoking, in the "Smoking epidemic, a matter of worldwide concern". Proceedings of the Fourth World Conference on Smoking and Health. Edited by RAMSTROM, L.M. Almquist-Wiksell International. Stockholm, 1979.
14. JUVANET SORT, J.; SALLERAS SANMARTI, L.: Programa de Salut Escolar. Publicacions de Salut Pública. Institut Municipal d'Higiene. Barcelona, 1979.
15. DEPARTAMENTS DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL I D'ENSENYAMENT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. Projecte de Programa d'Educació Sanitària a l'Escola. Barcelona, 1981.
16. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service. National Institutes of Health. Smoking Programs for youth N.I.H., Publication n° 80-2156. June, 1980.
17. WAKEFIELD, J.: Influencing Smoking Behaviour U.I.C.C. Technical Report Series. Volume 3, Geneva, 1969.
18. EBERT, R.V.: Supresión del tabaco y enfermedad pulmonar. *JAMA en español*. Vol. 4 n° 11. Noviembre, 1978.
19. WINDER, E.L. and HOFFMANN, D.: Tobacco and Health. *New England Journal of Medicine*. Vol. 36, n° 16, 1979.
20. 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.
21. HAMMOND, E.C. and GARFINKEL, L.: Coronary heart disease, stroke and aortic aneurism. Factors in the etiology. *Archives of Enviromental Health*, 19, 167, 169.

22. DOLL, R. and HILL, A.E.: Mortality in relation to smoking: ten years observations of British Doctors. *British Medical Journal*, 1, 1399 and 1460, 1964.
23. KAPFERER, J.N.: Les chemins de la persuasion. Gaulthier-Villars. Paris, 1978.
24. LEVENTHAL, H.: Fear communications in the Acceptance of Preventive Health Practices. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* serie 2, Vol. 41, n° 11, pags. 1128-1144, 1965.
25. RUSSELL, M.A.H.: Smoking as a dependence disorder in RAMSTROM, L.M. "The Smoking epidemic a matter of worldwide concern". *Proceedings of the Fourth World conference on Smoking and Health*. Almquist and Wiksell International. Stockholm, Sweden, 1979.
26. SCHWARTZ, J.L.: Helping smokers Quit: State of the art in Progress in Smoking Cessation. *Proceedings of International Conference on Smoking Cessation*. American Cancer Society, 1978.
27. SCHWARTZ, J.L.: The multistep Process of stopping smoking; The Multitude of Intervention needs, in "The smoking epidemic, a matter of worldwide concern". *Proceedings of the Fourth World Conference on Smoking and Health*. Edit. by RAMSTROM, L.M. Almquist-Wiksell International. Stockholm, 1979.
28. ABELIN, T.H.; Priority and choice of Goals; Stopping Completely Versus Less Harmful ways of Smoking, in "The smoking epidemic a matter of worldwide concern". *Proceedings of the Fourth World Conference on Smoking and Health* Edit. By RAMSTROM, L.M. Almquist-Wiksell International. Stockholm, 1979.
29. RUSSELL, M.A.H.; Low-tar medium nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *British Medical Journal*, 1, 1430-1433, 1976.
30. HAMMOND, E.C.; GARFINKEL, L.; SEIDMAN, H. and LEN, E.A.: "Tar" and nicotine content of cigarette smoke in relation to death rates. *Environmental Research*, 12 (3): 263-274. December, 1976.
31. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The changing cigarette. A report of the Surgeon General. Office of Smoking and Health, 1981.
32. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. "Tobacco or Health". PITMAN MEDICAL. London, 1977.
33. RICHMAN, L.A. and URBAN, D.: Health Education through television: some theoretical applications. *Revue internationale d'éducation pour la santé*. Vol. XXI, 1, 1978.
34. AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS AND THE U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE. Proceedings of the National Forum on the Office Management of Smoking, *Dis. Chest*. 54, 196, 1968.
35. RUSSELL, M.A.H.; WILSON, S.; TAYLOR, C.; BAKER, C.D.: Effect of general practitioners advice against smoking. *British Medical Journal*, 2, 231-235, 1979.
36. SUBCOMMITTEE OF THE RESEARCH COMMITTEE OF THE BRITISH THORACIC SOCIETY. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *British Medical Journal*. 226, 595-597, 1983.
37. SALLERAS SANMARTI, L.: La educación sanitaria en el hospital. *Policlínica II*<sup>a</sup> época, Marzo-Abril, 1981:
38. BALL, K. and STEVENSON, A.: Hospital action on smoking. *British Medical Journal*, 2, 777-778, 1979.

39. KELLY, N.R. and COHEN, F.L.: Smoking Policies in U.S. Hospitals: Current Status *Preventive Medicine*, 8, 557-561, 1979.
40. TERRIS, M.: La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI editores, 1980.
41. TERRIS, M.: Epidemiology as a Guide to Health Policy. *Amer. rev. Public Health*, 1, 323-344, 1980.
42. ROEMER, E. Legislation Action to combat the World Smoking Epidemic. World Health Organization. Genève, 1982.
43. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. Actions against smoking in the Member States of the European Communities. Report E.U.R. 7531. Luxembourg, 1982.
44. COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES. Analyse des strategies actuelles ou envisageables de la lutte anti-tabacique dans les pays de la communauté européenne (analyse globale et analyse par pays). Report E.U.R. 8031.
45. FEDERAL TRADE COMMISSION. Staff report on the cigarette advertising investigation (Public version). Washington D.C., 1981.
46. ZARAGOZA, J.R. y LLANOS, M.: Tabaco y Salud. Editorial A.C. Madrid, 1980.
47. Servicio de Estudios de Tabacalera, S.A. Documento nº 1. Actualidad Tabacalera, 1981.
48. COLLEY, J.R.T.; HOLLAND, W.W.; CORKHILL, R.T.: Influence of passive smoking and parental phlegm on pneumonia and bronchitis in early childhood. *Lancet* 2 (7888): 1031-1034, 1974.
49. WHITE, J.R. and FROEB, H.F.: Small-airways disfunction in non smokers chronically exposed to tobacco smoke. *The New England Journal of Medicine*, 302, 720-723, 1980.
50. HIRAYAMA, T.: Non smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan: *British Medical Journal*, 282, 183-185, 1981.
51. LEWIS, O.D.: Establishing smoking-free environments, in RAMSTROM, L.M. "The smoking epidemic a matter of worldwide concern". ALMQUIST-WIKSELL INTERNATIONAL. Stockholm, 1979.

## **"La hepatitis vírica como enfermedad profesional en el personal sanitario de los Hospitales. Importancia Sanitario-Económica".**

A. Maestre Sánchez \*

### **INTRODUCCION**

La Organización Mundial de la Salud reconoció, hace tiempo, que la hepatitis planteaba de salud pública y que una serie de estudios demostraban que ciertos grupos profesionales, especialmente los de personal médico y personal de salud, estaban más expuestos que el común de la población al contacto y a la infección con el virus de la hepatitis. En ese caso están los médicos, los cirujanos, los dentistas, las enfermeras, el personal de los centros de hemodiálisis, los técnicos de laboratorio, el personal de los bancos de sangre y los encargados de la extracción de plasma sanguíneo (11). Así pues, la hepatitis viral es un proceso de gran importancia, entre otras razones, por el marcado carácter profesional y por su frecuencia en el medio hospitalario (14), y aunque las enfermedades profesionales a las que se haya expuesto cierto personal que trabaja en los hospitales son bien conocidas, es en la actualidad el virus de la hepatitis B el que constituye el mayor peligro (13).

Dentro del sistema de la Seguridad Social española, en el cuadro de enfermedades profesionales y la lista de trabajos con riesgo de producirlas publicado en el año 1961, no figuraba la hepatitis vírica (8). Pero al haberse comprobado que uno de los medios de transmisión era la sangre o sus productos derivados, parecía evidente que el personal que trabajaba en los servicios de hematología, banco de sangre, laboratorios de análisis clínicos, etc. estaba sometido al riesgo que supone el manejo diario de las muestras de los

(\*) Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Hospital Nacional "Marqués de Valdecillo", Santander.

productos hemáticos y, por lo tanto, la incidencia de la hepatitis vírica entre ese personal era netamente superior que en cualquier otra actividad sanitaria y a la que pudiera producirse entre el personal de otras profesiones. Todo ello determinó que, en el año 1977, la hepatitis vírica causada por el virus tipo B fuera incluida en el cuadro de enfermedades profesionales, siempre que el sujeto receptivo ocupase un puesto de trabajo en el que pudiera estar en contacto con la sangre o sus productos derivados (9). En el año 1978, y como consecuencia de las investigaciones que se han venido produciendo en la medicina, seguridad e higiene del trabajo, se aprobó un nuevo cuadro de enfermedades profesionales, para adecuarlo a la situación laboral. En la lista de enfermedades profesionales, con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas, figura en el apartado D lo siguiente:

"4. Enfermedades infecciosas y parasitarias del personal que se ocupa de la prevención, asistencia y cuidado de enfermos y en la investigación.

— Trabajos de personal sanitario y auxiliar que contacten con estos enfermos, tanto en instituciones cerradas, abiertas y servicios a domicilio.

— Trabajos en Laboratorios de investigación y de análisis clínicos.

— Trabajos de toma, manipulación o empleo de sangre humana o sus derivados y aquellos otros que entrañen contacto directo con estos enfermos (hepatitis vírica)" (7). Como se observa, en esta lista no se hace referencia concreta a la hepatitis B, sino a las hepatitis víricas.

La O.M.S. publicó las directrices sobre la prevención de la hepatitis en las unidades de hemodiálisis y en los servicios de transfusión sanguínea en el año 1973 (10), y posteriormente, entre otros trabajos, una publicación sobre la hepatitis vírica (12).

En 1982 el Comité Consultivo nacional de la inmunización de Canadá formuló una serie de recomendaciones sobre la inmunización de las personas que trabajan en los servicios de salud. Referente a la hepatitis decía que la prevención de la hepatitis A en el personal sanitario de un hospital descansa sobre la buena práctica de la higiene y sobre los cuidados adecuados al paciente en particular una higiene manual cuidadosa y la manipulación correcta de un material que pueda estar infectado. Como el riesgo de la transmisión de la hepatitis A en un hospital es poco elevado, no se recomienda la administración de inmunoglobulina a título profiláctico, antes o después de la exposición, a los miembros del personal hospitalario que se encuentran en contacto con pacientes infectados en el marco de sus ocupaciones corrientes, sin embargo, sería bueno administrar al personal que por contactos seguidos más numerosos que los ordinarios está expuesto directamente a las secreciones orales de pacientes infectados o a sus excrementos, muy poco tiempo después de la aparición de la enfermedad.

Cuando un miembro del personal hospitalario u otra persona entra en contacto, sea por la vía percutánea (picadura de aguja), sea a nivel de las mucosas, con sangre o productos reconocidos portadores del antígeno de superficie de la hepatitis B, conviene administrarle lo más rápidamente posible una dosis de 0,06 ml/kg. de inmunoglobulina anti-hepatitis B, seguida de una segunda dosis un mes más tarde. Cuando el origen de la sangre es conocido y se ignora si contiene o no el HB<sub>s</sub>Ag. es preciso proceder a la busca de este antígeno. En caso de reacción positiva se administrará la inmunoglobulina y si es negativa el tratamiento no es necesario. Si el resultado de la prueba no puede ser obtenido en las 24 horas, la decisión de administrar la inmunoglobulina está relacionada con la probabilidad de la presencia en el sujeto del que proviene la sangre del antígeno HB<sub>s</sub>Ag. (17).

Un grupo consultivo, que se ha reunido en la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, en Julio de 1983, ha examinado todos los datos recogidos con el fin de evaluar la seguridad del empleo de inmunoglobulinas normales y específicas (tales como la inmunoglobulina de la hepatitis B). El estudio demostró que alrededor de 19,5 millones de dosis, de 2 a 10 ml. cada una, habían sido preparadas en el curso de los 4 últimos años y que los receptores, observados de 1 a 4 años, no habían tenido señales de transmisión de la hepatitis B ni de ningún otro agente infeccioso incluido el SIDA. Por lo tanto, el grupo consultado confirma que no existe actualmente ninguna prueba de riesgo evidente por el uso de inmunoglobulinas normales y específicas, preparadas según los métodos universalmente reconocidos (19).

El 25 de Junio de 1982 el Immunization Practices Advisory Committee (Estados Unidos) ha recomendado utilizar la vacuna inactivada contra el virus de la hepatitis B en los sujetos con alto riesgo de infección por este virus, como son, entre otros, los expuestos a los virus en su trabajo. Los trabajadores sanitarios en contacto frecuente con sangre son clasificados como sujetos de riesgo intermedio, definido por la presencia de marcadores serológicos de la infección, y los que tienen un contacto infrecuente o nulo con la sangre son clasificados como de riesgo débil. En la hora actual, 19.000 personas han recibido esta vacuna sin que se hayan observado otros efectos indeseables que dolor y edema en el lugar de la inyección. Se ha demostrado que la vacuna protege a las personas vacunadas y no se ha observado ningún signo de hepatitis provocado por la vacunación. La vacuna es costosa y debe ser aún perfeccionada (18).

Desde que el empleo de la vacuna anti-hepatitis B ha sido aceptado en 1981 y estuvo disponible de modo general a partir de Julio de 1982, ha sido administrada en Estados Unidos a más de 200.000 personas, la mayor parte miembros del personal de los servicios de salud. El 1 de Marzo de 1983 el número de casos notificados, en los que se habían observado efectos patológicos

después de la administración de la vacuna, se elevaba a 118. De ellos, 56 (47,5%) fueron considerados como no relacionados con la administración de la vacuna y muchos de los 62 episodios restantes pudieron estar en relación con una enfermedad subyacente, en lugar de constituir reacciones adversas a la vacuna.

De esas 62 personas, 57 estaban afectadas de procesos benignos o moderados y 5 tuvieron que ser hospitalizados por su carácter más grave, o por otras causas: Un caso de síndrome de Guillain Barré, uno posible de mielitis aguda transversa, una crisis de gran mal, uno de meningitis con líquido claro y uno de eritema multiforme. Otro ingreso de S. de Guillain Barré pertenecía a uno de los casos probablemente no imputables a la vacuna. Hay que señalar que cada año se producen 23 casos de S. de Guillain Barré por millar de adultos, mientras que solamente se han producido 2 casos en una campaña de vacunación de 200.000 personas durante 6 semanas (19).

A finales del año 1983 se publica un Real Decreto que regula en España la prescripción y el control de la administración de la vacuna contra la hepatitis B. Se dispone que la vacuna sea utilizada de forma restringida y controlada por los problemas que existen para su producción y por afectar a la hepatitis de forma importante a ciertos grupos de población calificados de medio y alto riesgo, debiendo evitar su uso en personas ya protegidas o en aquellas cuyo riesgo de contraer la enfermedad sea mínimo. Entre los grupos sometidos a riesgo está el "personal que trabaja directamente en los servicios de hemodiálisis, análisis, quirúrgicos, dentales y laboratorios". Como requisito previo a la prescripción por los médicos de la vacuna a un sujeto determinado, será necesario la realización de pruebas serológicas que indiquen que dicha persona no se encuentra inmunizada frente al virus de la hepatitis B. Las pruebas serológicas prevacunales que deberán realizarse serán las que se consideren necesarias de acuerdo con el proceso analítico secuencial siguiente: investigación del anti HB<sub>s</sub>, del anti HB<sub>c</sub> y del Ag HB<sub>s</sub>. En toda persona a quien se haya administrado la vacuna se investigará, al mes de la última dosis, la presencia del anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B. (6).

La vacuna se administra en una serie de 3 dosis de 20 microgramos cada una, la segunda y tercera dosis son administradas 1 y 6 meses después de la primera dosis, respectivamente (1).

En este trabajo estudiamos los casos de hepatitis, reconocidos como enfermedad profesional en el personal sanitario del Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla", desde que fué incluida como tal enfermedad profesional en el mes de Marzo de 1977 hasta el año 1983 inclusive. Se analiza también su prevención, el costo de ésta y el de la enfermedad.

## MATERIAL Y METODOS

Se han estudiado, a través de las historias clínicas y de los datos administrativos, algunas características epidemiológicas de la hepatitis vírica que han sido reconocidas como enfermedad profesional en el personal sanitario (médicos, ayudantes técnicos sanitarios—se incluyen A.T.S., diplomados de enfermería, matronas y fisioterapeutas—, auxiliares de clínica) que prestan servicio en el Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla", durante un período que se inicia en el año 1977, cuando es incluida la hepatitis vírica como enfermedad profesional, y que termina el 31 de Diciembre de 1983.

Hacemos constar que durante el año 1977 no se dió ningún caso de hepatitis vírica como enfermedad profesional.

## RESULTADOS

En el Cuadro 1 se expone el número de casos de hepatitis vírica, reconocida como enfermedad profesional en el personal sanitario del Hospital "Marqués de Valdecilla" durante el período 1978-1983, distribuida por años, por servicios y por sexos, y que asciende a 29, de los que 8 corresponden a varones y 21 a mujeres.

En la Figura 1 se refleja gráficamente el número total de varones y de mujeres, y en la Figura 2 el porcentaje de varones y de mujeres afectados de hepatitis en proporción al número de personas que existen de cada sexo.

La distribución, según el personal sanitario afectado, se señala en la Figura 3. En la Figura 4 se detalla la distribución por servicios.

Se detalla en el Cuadro 2 y en la Figura 5 la distribución por meses de los distintos tipos de hepatitis.

En el Cuadro 3 se muestra la distribución según el personal afectado.

Se indica en el Cuadro 4 y en la Figura 6 la distribución por grupos de edad.

La Incapacidad Laboral Transitoria producida por la hepatitis se especifica en el Cuadro 5, y en el Cuadro 6 se hace una valoración económica del coste de la misma referida al año 1983.



## HEPATITIS VIRICA – ENFERMEDAD PROFESIONAL – DISTRIBUCION POR AÑOS, SERVICIOS Y SEXOS

(Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla" – 1978-1983)

V = Varones

M = Mujeres

T = Total

| Años  | Personal         | Servicios |    |    | Laboratorios |    |    | Hemodiálisis |    |    | Otros Servicios |    |    | Total |    |    |
|-------|------------------|-----------|----|----|--------------|----|----|--------------|----|----|-----------------|----|----|-------|----|----|
|       |                  | V.        | M. | T. | V.           | M. | T. | V.           | M. | T. | V.              | M. | T. | V.    | M. | T. |
| 1978  | Médicos          | 2         | –  | 2  |              |    |    |              |    |    |                 |    |    | 2     | –  | 2  |
|       | A.T.S.           | –         | 3  | 3  |              |    |    |              |    |    | –               | 1  | 1  | –     | 4  | 4  |
|       | Aux. Clínica     |           |    |    |              |    |    |              |    |    |                 |    |    |       |    |    |
|       | Total            | 2         | 3  | 5  |              |    |    |              |    |    | –               | 1  | 1  |       | 4  | 6  |
| 1979  | Médicos          | 1         | –  | 1  |              |    |    |              |    |    |                 |    |    | 1     | –  | 1  |
|       | A.T.S.           |           |    |    | –            | 1  | 1  |              |    |    | –               | 2  | 2  | –     | 3  | 3  |
|       | Aux. Clínica     | –         | 1  | 1  |              |    |    |              |    |    |                 |    |    | –     | 1  | 1  |
|       | Total            | 1         | 1  | 2  | –            | 1  | 1  |              |    |    | –               | 2  | 2  |       | 4  | 5  |
| 1980  | Médicos          |           |    |    |              |    |    |              |    |    | 1               | –  | 1  | 1     | –  | 1  |
|       | A.T.S.           |           |    |    |              |    |    |              |    |    |                 |    |    |       |    |    |
|       | Aux. Clínica     |           |    |    |              |    |    |              |    |    | –               | 1  | 1  | –     | 1  | 1  |
|       | Total            |           |    |    |              |    |    |              |    |    | 1               | 1  | 2  | 1     | 1  | 2  |
| 1981  | Médicos          | 1         | –  | 1  |              |    |    |              |    |    | –               | 1  | 1  | 1     | 1  | 2  |
|       | A.T.S.           |           |    |    |              |    |    |              |    |    |                 |    |    |       |    |    |
|       | Auxiliar Clínica |           |    |    | –            | 1  | 1  |              |    |    |                 |    |    | –     | 1  | 1  |
|       | Total            | 1         | –  | 1  | –            | 1  | 1  |              |    |    | –               | 1  | 1  | 1     | 2  | 3  |
| 1982  | Médicos          | 1         | –  | 1  |              |    |    |              |    |    |                 |    |    | 1     | –  | 1  |
|       | A.T.S.           |           |    |    |              |    |    |              |    |    | –               | 2  | 2  | –     | 2  | 2  |
|       | Aux. Clínica     |           |    |    |              |    |    |              |    |    | –               | 2  | 2  | –     | 2  | 2  |
|       | Total            | 1         | –  | 1  |              |    |    |              |    |    | –               | 4  | 4  | 1     | 4  | 5  |
| 1983  | Médicos          |           |    |    |              |    |    |              |    |    | 1               | –  | 1  | 1     | –  | 1  |
|       | Aux. C           |           |    |    | –            | 1  | 1  |              |    |    | 1               | 3  | 4  | 1     | 4  | 5  |
|       | Aux. Clínica     |           |    |    |              |    |    | –            | 1  | 1  |                 |    |    | –     | 1  | 1  |
|       | Total            |           |    |    |              | 1  | 1  |              | 1  | 1  | 2               | 3  | 5  | 2     | 4  | 6  |
| Total | Médicos          | 5         | –  | 5  |              |    |    |              |    |    | 2               | 1  | 3  | 7     | 1  | 8  |
|       | A.T.S.           | –         | 3  | 3  | –            | 2  | 2  |              |    |    | 1               | 8  | 9  | 1     | 12 | 14 |
|       | Aux. Clínica     | –         | 1  | 1  | –            | 1  | 1  | –            | 1  | 1  | –               | 4  | 4  |       | 7  | 7  |
|       | Total            | 5         | 4  | 9  | –            | 3  | 3  | –            | 1  | 1  | 3               | 13 | 16 | 8     | 21 | 29 |

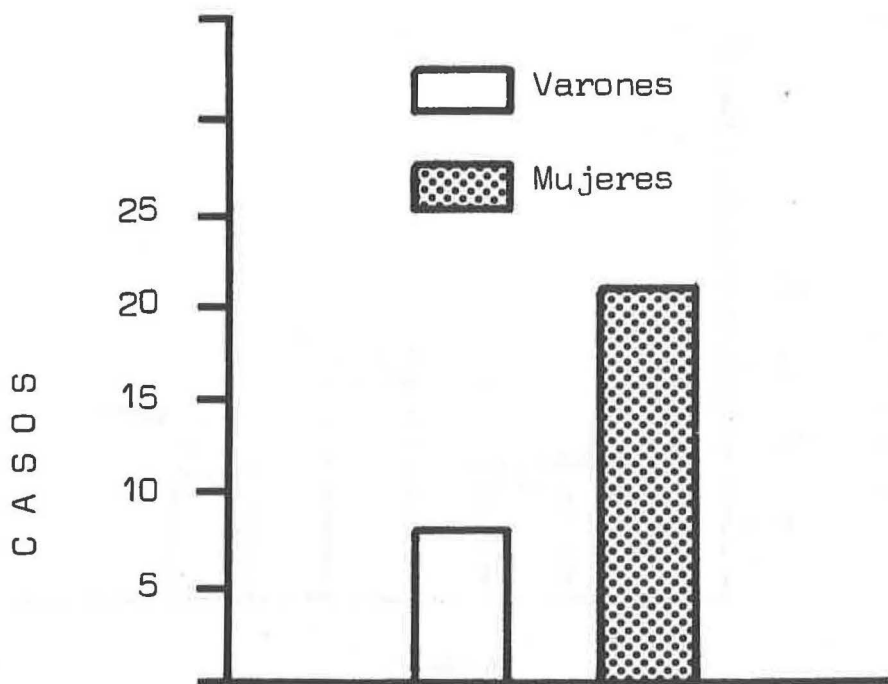


FIGURA 1

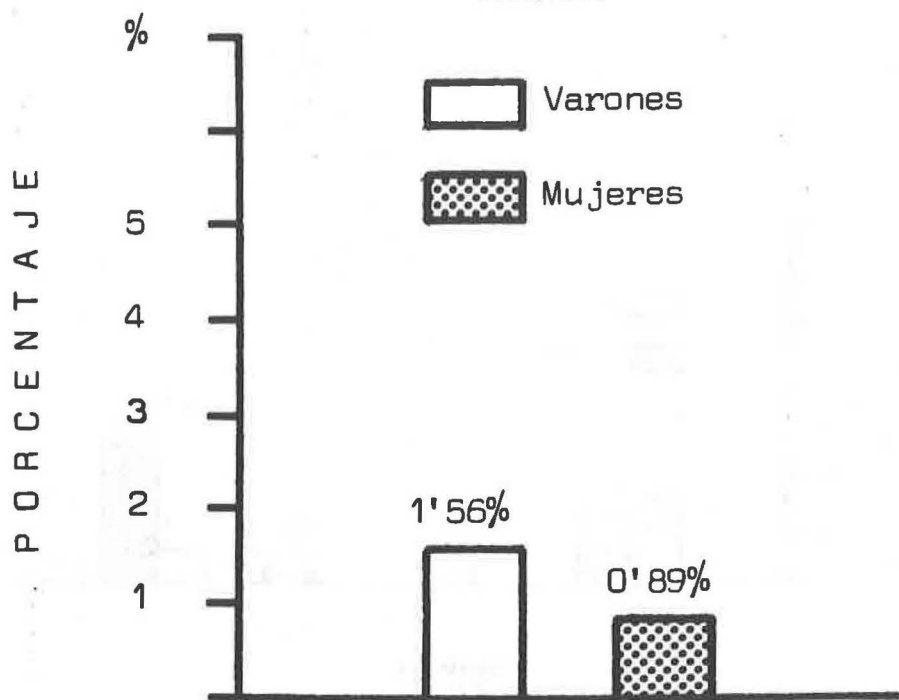


FIGURA 2

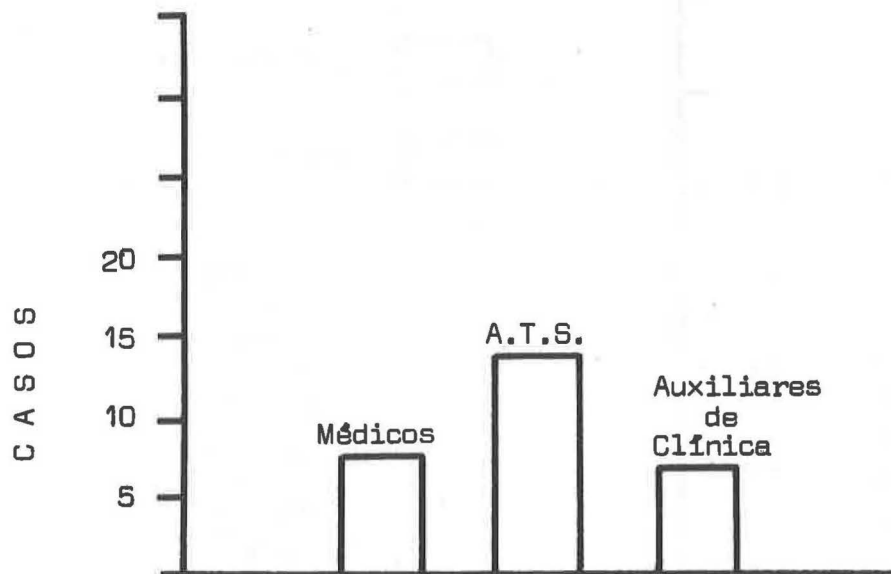


FIGURA 3

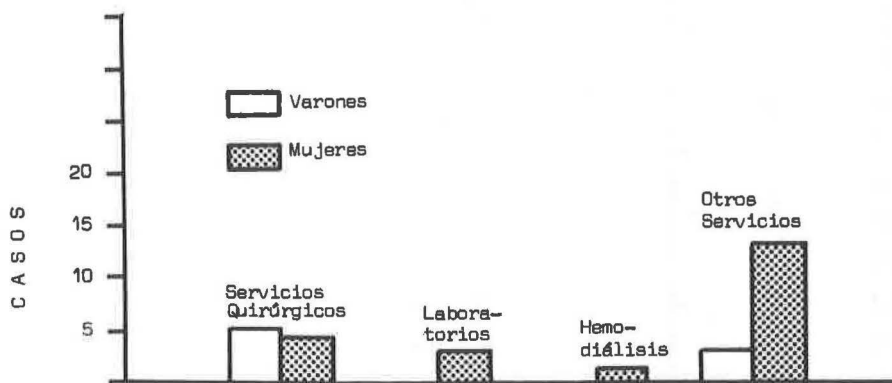


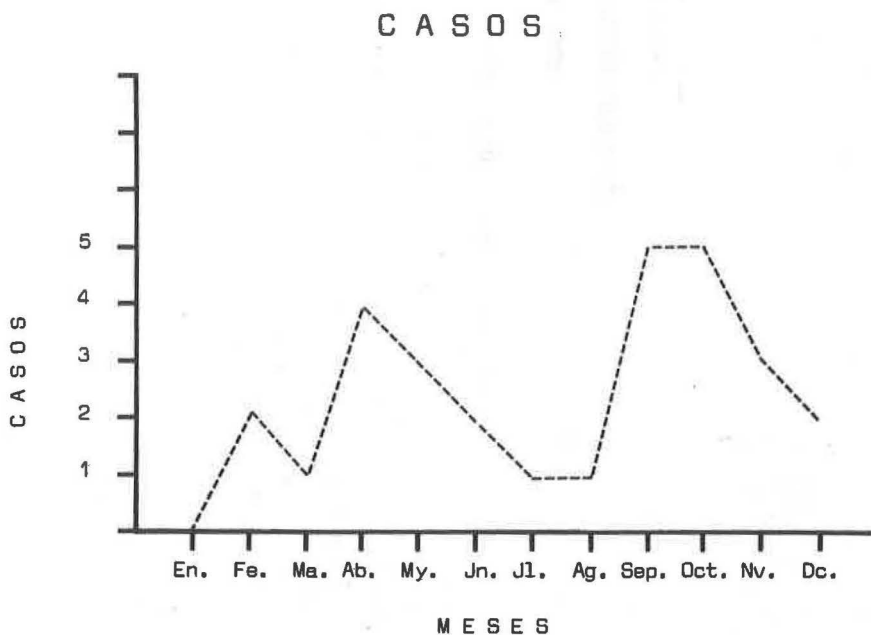
FIGURA 4

CUADRO 2  
DISTRIBUCION POR MESES  
1978 - 1983

|                      | Ene. | Feb. | Mar. | Abr. | May. | Jun. | Jul. | Ags. | Stb. | Oct. | Nvb. | Dic. | Total |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Hepatitis A          | —    | —    | —    | 1    | —    | —    | —    | —    | —    | —    | 1    | —    | 2     |
| Hepatitis B          | —    | —    | 1    | 2    | 2    | 1    | 1    | —    | —    | 3    | —    | —    | 10    |
| Hepatitis HBs Ag (—) | —    | 2    | —    | 1    | 1    | 1    | —    | 1    | 5    | 2    | 2    | 2    | 17    |
| Total                | —    | 2    | 1    | 4    | 3    | 2    | 1    | 1    | 5    | 5    | 3    | 2    | 29    |

**CUADRO 3**  
**TIPOS DE HEPATITIS VIRICA**  
**DISTRIBUCION - PERSONAL SANITARIO**  
**1978 - 1983**

|                 | Hepatitis A |   |   | Hepatitis B |   |    | Hepatitis HBs Ag (-) |    |    | Total |    |    |
|-----------------|-------------|---|---|-------------|---|----|----------------------|----|----|-------|----|----|
|                 | V           | M | T | V           | M | T  | V                    | M  | T  | V     | M  | T  |
| Médicos         | 1           | — | 1 | 3           | — | 3  | 3                    | 1  | 4  | 7     | 1  | 8  |
| A.T.S.          | —           | 1 | 1 | —           | 4 | 4  | 1                    | 8  | 9  | 1     | 13 | 14 |
| Aux. de Clínica | —           | — | — | —           | 3 | 3  | —                    | 4  | 4  | —     | 7  | 7  |
|                 | 1           | 1 | 1 | 3           | 7 | 10 | 4                    | 13 | 17 | 8     | 21 | 29 |



**FIGURA 5**

**CUADRO 4**  
**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD**  
**1978 - 1983**

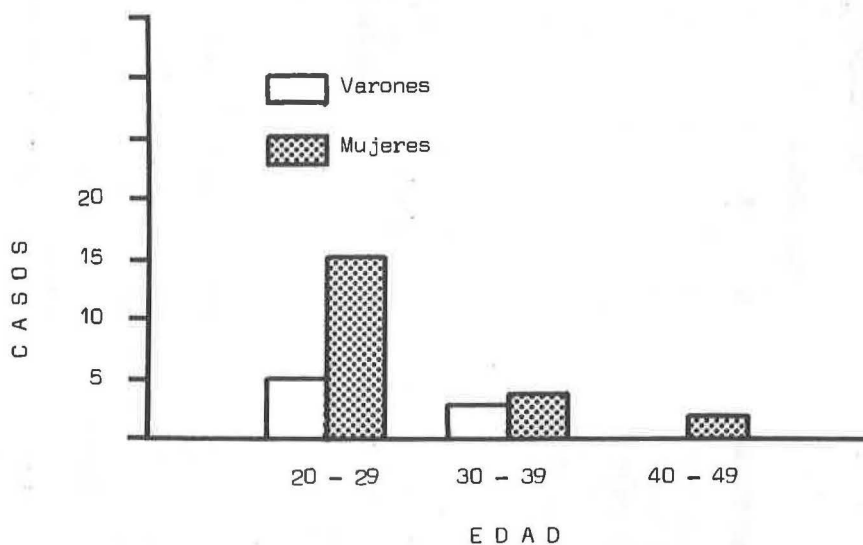
| Grupo de edad | Hepatitis A |    |    | Hepatitis B |    |    | Hepatitis HBs Ag (-) |    |    | Total |    |    |
|---------------|-------------|----|----|-------------|----|----|----------------------|----|----|-------|----|----|
|               | V.          | M. | T. | V.          | M. | T. | V.                   | M. | T. | V.    | M. | T. |
| 20-29 años    | 1           | 1  | 2  | 2           | 5  | 7  | 2                    | 9  | 11 | 5     | 15 | 20 |
| 30-39 años    | -           | -  | -  | 1           | 1  | 2  | 2                    | 3  | 5  | 3     | 4  | 7  |
| 40-49 años    | -           | -  | -  | -           | 1  | 1  | -                    | 1  | 1  | -     | 2  | 2  |
| Total         | 1           | 1  | 2  | 3           | 7  | 10 | 4                    | 13 | 17 | 8     | 21 | 29 |

**CUADRO 5**  
**HEPATITIS VIRICA**  
**DÍAS DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA**  
**DISTRIBUCION POR AÑOS**  
**1978 - 1983**

|                 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | Total | Promedio días por proceso |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|-------|---------------------------|
| Médicos         | 245  | 58   | 138  | 135  | 42   | 40   | 658   | 82,25                     |
| A.T.S.          | 368  | 301  | -    | -    | 182  | 507  | 1.358 | 97                        |
| Aux. de Clínica | -    | 58   | 41   | 55   | 94   | 148  | 396   | 56,57                     |
| Total           | 613  | 417  | 179  | 190  | 318  | 695  | 2.412 | 83,17                     |

CUADRO 6  
**HEPATITIS VIRICA**  
**VALORACION ECONOMICA**  
**1983**

|                    | <b>I.L.T.</b>    | <b>Hospitalización</b> | <b>Total ptas.</b> |
|--------------------|------------------|------------------------|--------------------|
| Médicos            | 119.932          | —                      | 119.932            |
| A.T.S.             | 2.393.647        | 239.004                | 2.632.651          |
| Aux. Clínica       | 465.707          | —                      | 465.707            |
| <b>Total ptas.</b> | <b>2.979.286</b> | <b>239.004</b>         | <b>3.218.290</b>   |



**FIGURA 6**

## DISCUSION

Desde el año 1978 al año 1983 se produjeron en el Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla", 29 casos de hepatitis vírica reconocida como enfermedad profesional, 8 en varones (27,58%) y 21 en mujeres (72,41%). Es decir, más de dos tercios corresponden a mujeres, pero en cifras absolutas, pues en relación al número de personas que existen de cada sexo se observa que fueron más afectados los varones. Durante el año 1977, desde que fué incluida la hepatitis vírica como enfermedad profesional, como ya hemos indicado, no se declaró ningún caso. (Cuadro 1, Figura 1 y 2).

En el personal de A.T.S. ha sido donde más casos se han dado, seguido del personal médico y de las auxiliares de clínica, pero en relación al sexo hacemos la misma advertencia que antes. (Cuadro 1, Figura 3).

Aunque en toda la bibliografía señalada, incluso en las disposiciones legislativas españolas, se considera que los grupos de mayor riesgo son aquellos que trabajan en los servicios quirúrgicos, en los de hemodiálisis y en los laboratorios, podemos comprobar que más de la mitad de los casos, el 55,17%, se dan en otros servicios y solamente el 44,83% en los atribuidos a mayor riesgo. (Cuadro 1, Figura 4).

Se observa una clara variación estacional con un mayor número de casos en primavera y más aún en el otoño. (Cuadro 2, Figura 5). La distribución de los distintos tipos etiológicos de hepatitis que hemos señalado no es significativa, por no estar establecido el diagnóstico en todos los casos con la determinación de los diversos marcadores víricos de la hepatitis (Cuadro 3).

El mayor número de enfermos (68,96%) está comprendido en el grupo de edad de 20-29 años, seguido del de 30-39, y no se da ningún caso después de los 45 años. Todo ello referido a cifras absolutas, por no estar hecha una distribución por grupos de edad y sexo del personal del Hospital. (Cuadro 4, Figura 6).

El promedio de días por proceso es de 83,17, siendo mayor el correspondiente a los A.T.S. (97 días) y mucho menor el de las auxiliares de clínica (56,57 días). (Cuadro 5).

Algunos de los datos a los que hemos hecho referencia, coinciden con los de otras publicaciones. Así, en los Estados Unidos, desde Octubre de 1978 a Noviembre de 1980, la mitad de los casos notificados estaban en el grupo de 15-29 años (16), y aunque no se especifican los correspondientes al grupo de 20-29, se constata la menor incidencia a partir de esa edad.

En el Oeste de Escocia, en 1981, los enfermos de 16 a 30 años representaban el 42-48% del conjunto de casos de hepatitis. La relación entre hombres y mujeres era alrededor de 3:1. Y en Asia, en una epidemia producida en 1982, en Rangoon (Birmania), los enfermos del sexo masculino (773 casos)



eran más numerosos que los del sexo femenino (460 casos) y la mayor parte de los enfermos estaban comprendidos en el grupo de edad de 20-29 años (17).

En cuanto a las variaciones estacionales, según los datos recibidos en el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, en la hepatitis B no se aprecian, pero en la A se ha visto que en las zonas templadas se dan ondas epidémicas con picos al final del otoño y comienzo del invierno (2).

Si procedemos a vacunar a los grupos expuestos a riesgo, realizando previamente las pruebas serológicas prevacunales necesarias, de acuerdo con el proceso secuencial en el que investiguemos, el anticuerpo anti HB<sub>s</sub>, el anti HB<sub>c</sub> y el Ag HB<sub>s</sub>, y en el caso de que tuvieramos que utilizar las tres pruebas en todo el personal, el coste de las mismas se podría calcular, en el momento actual, en unas 1.600 ptas. Asimismo, las tres dosis de vacuna contra la hepatitis B cuesta 6.465 Ptas. (con algún tipo de vacuna se recomienda una cuarta dosis).

Si seleccionamos a 600 personas de los distintos servicios para realizar un programa de vacunación, el coste, según las cifras anteriormente señaladas, sería de 4.839.000 Ptas.

En el año 1983 la valoración económica de la hepatitis B, como enfermedad profesional, en el Hospital "Marqués de Valdecilla", midiendo solamente dos parámetros, fue estimada en 3.218.290 ptas. (Cuadro 6). Si después de la vacunación se consigue una inmunización total y se evita la enfermedad, es decir, si la relación costo efectividad es total, el coste de la vacunación sería de 1.620.710, al descontar el gasto de la enfermedad.

Se ha calculado que en los Estados Unidos, en el año 1970, el coste de la hepatitis aguda fué de 650 millones de dólares (4), estimándose el directo en 180 millones y el indirecto en 470 (5).

Goudeau y colaboradores, tras un estudio del personal hospitalario de los servicios de hemodiálisis, laboratorios de análisis del adulto y pediátrica, llegaron a la conclusión de que es más económico el vacunar de entrada al personal sanitario de esos servicios que el coste de la serología investigadora en los miembros del hospital (menos del 25 por 100 de la suma gastada en la serología (15).

Aunque nuestros cálculos no coinciden con esas cifras, si prescindimos completamente de investigar previamente el estado inmunitario, la vacunación costaría solamente 660.710 Ptas.

Una encuesta serológica efectuada en Singapore ha demostrado que un 9% de aquellas personas que habían trabajado menos de un año en un medio hospitalario eran portadoras de marcadores serológicos de la hepatitis B. Este porcentaje ascendía al 22% en las que habían trabajado de 1 a 3 años, y el 47% para las que llevaban trabajando más de tres años. Por comparación

con un grupo testigo, de edad similar, el 43% eran positivos, por lo que no parece que las personas que llevan trabajando más de trece años en un hospital presenten un riesgo aumentado de contraer una hepatitis B (20).

En Cantabria se declararon, en el año 1983, 1.361 hepatitis (3), lo que supone las siguientes tasas de morbilidad.

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Cantabria .....                   | 2,56 × 1.000 habitantes |
| Hospital "M. de Valdecilla" ..... | 7,15 × 1.000 habitantes |

Como se observa, el riesgo ha sido mayor para el personal del hospital. Pero por ello cabe pensar que parte de él tendrá marcadores del virus B, por lo que en este caso sería mucho más económico realizar las determinaciones previas y seleccionar al personal idóneo para la vacunación.

Aún suponiendo que se tuvieran que utilizar las tres pruebas serológicas, si un 30% tienen ya marcadores serológicos (cifra intermedia entre el 22% de los que llevan trabajando de 1 a 3 años, y el 47% de aquellos que superan los 3 años), el coste sería el siguiente: de 3.675.300 Ptas. Restando el coste de la enfermedad sale la cifra de 457.010 Ptas., menor aún que las 660.710 Ptas que señalábamos anteriormente. Por lo tanto, debe hacerse el estudio previo, que no siempre necesitará ser completo, antes de la vacunación, y después realizar ésta en los casos indicados. Será preciso continuar utilizando todos los medios de higiene conocidos y el material desechable, pues no podemos olvidar a los enfermos de hepatitis vírica que ingresan en el hospital, aunque en el futuro es evidente que lucha contra esta enfermedad está basada en la actuación sobre la persona susceptible, en la profilaxis de disposición.

## RESUMEN

Se estudia la incidencia de la hepatitis, como enfermedad profesional, en el personal sanitario del Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla", de Santander, durante el período 1978-1983, haciendo un estudio epidemiológico de la misma. Se hace una valoración económica de su coste y se analiza la conveniencia de realizar los estudios inmunológicos, previos a la vacunación, en los grupos expuestos a mayor riesgo.

## RESUME

On étudie l'incidence de l'hépatite virale, en tant que maladie professionnelle, sur le personnel sanitaire de l'Hôpital National "Marqués de Valdecilla" à Santander, pendant la période 1978-1983, en faisant un étude épidémiologique de celle-ci. On fait une évaluation économique de son coût et on analyse la convenance de réaliser les études immunologiques, préalables à la vaccination, des groupes exposés à un plus grand risque.

## SUMMARY

The incidence of viral hepatitis, as a professional disease in the health workers of the Hospital National "Marqués de Valdecilla", Santander, is reported for the period 1978-1983. An epidemiological study is presented, together with its economic implications. The usefulness of performing immunological studies, prior to vaccination, among the high risk population is discussed.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Society of Hospital Pharmacist: American Hospital Formulary Service. Pg. 1383-1387, Bethesda. United States, 1984.
2. DEINDHARDT, F.; GUST, I.D.: Viral hepatitis. *Bulletin of the World Health Organization*, 60: 661-691, 1982.
3. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 1620: 395, 1983.
4. FRANCIS, D.; MAYNARD, J.E.: The transmission and outcome of hepatitis A, B, and Non-A, Non-B: a review. *Epidemiologic Review* 1: 17-31, 1979.
5. MAROTO VELA, M.C.; CUETO ESPINAR, A.; FERNANDEZ-CREHUET NAVAJAS, J.; LIEBANA UREÑA, J.; ROMAN UREÑA, J.: Valoración de la técnica de Elisa en la detección del HB<sub>s</sub>Ag de la hepatitis. *Laboratorio* 67: 339-344, 1979.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 3179/1983 de 23 de Noviembre, por el que se regula el suministro, la distribución, prescripción y control de la administración de la vacuna contra la hepatitis B. B.O.E. n° 310 de 28 de Diciembre de 1983.
7. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Real Decreto 1995/1978, de 12 de Mayo de 1978, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social B.O.E. n° 203 de 25 de Agosto de 1978.
8. Ministerio de Trabajo. Decreto 792/1961 de 13 de Abril, por el que se organiza el aseguramiento de enfermedades profesionales. B.O.E. de 30 de Mayo de 1961.
9. Ministerio de Trabajo. orden de 1 de Marzo de 1977, por la que se incluye la Hepatitis vírica en el cuadro de enfermedades profesionales. B.O.E. n° 64, de 16 de Marzo de 1977.
10. O.M.S. Hepatitis vírica. Serie de Informes Técnicos, n° 512, 1973.
11. O.M.S. Hepatitis vírica. Serie de Informes Técnicos, n° 570, 1975.
12. O.M.S.: Progreso en el estudio de la hepatitis vírica. Serie de informes técnicos, n° 622, 1977.
13. O.M.S.: Grupo de trabajo sobre los riesgos profesionales en los hospitales. La Haya, 19081. *Rev. San. Hig. Públ.* 56: 1253-1260, 1982.
14. PIEDROLA ANGULO, G.; MAROTO VELA, M<sup>a</sup> C.: Nuevos conocimientos sobre las hepatitis virales. *Laboratorio* 69: 349-378, 1980.
15. PIEDROLA y COL.: Medicina Preventiva y Social. Higiene y Sanidad Ambiental. Amaro. Madrid, 1983.

16. World Health Organization: Hepatitis Surveillance. *Wkly Epidem. Rec.* 31: 237-239, 1982.
17. World Health Organization: Immunization of Health care Workers Recommendation of the National Advisory Committee of Immunization. Canadá. Pág. 284-286. Hepatitis Surveillance. Pág. 287 *Wkly. Epidem. Rec.* 37, 1982.
18. World Health Organization: Hepatitis B vacuna. *Wkly Epidem. Rec.* 51/52: 399-400, 1982.
19. World Health Organization: The use of normal and specific immunoglobulin. Pg. 237. Safety of hepatitis B virus vaccine. Pg. 240-241. *Wkly Epidem. Rec.* 31, 1983.
20. World Health Organization: Seroepidemiological surveys of various population. Groups exposed to hepatitis B infection. *Wkly. Epidem. Rec.* 47: 364-366, 1983.



## **"El tétanos en Cantabria, 1981-1983"**

F. MARTINEZ SAN PEDRO

A. MAESTRE SANCHEZ.\*

### **INTRODUCCION**

A finales del año 1981 se presentó un trabajo, en esta misma Revista, sobre una revisión de los casos de tétanos habidos en Santander durante un período de 6 años (2). Por considerar que, al menos en Cantabria el tétanos es una enfermedad que puede llegar a ser controlada, queremos nuevamente insistir sobre ella y destacar algunos aspectos epidemiológicos que puedan tener más interés, uno de los cuales es la nula mortalidad producida en los tres años que revisamos. También nos mueve a ello el hecho de que, en los últimos 9 años, no se haya producido ningún caso de tétanos en niños.

### **MATERIAL Y METODOS**

Los datos referentes a los enfermos han sido recogidos de las historias clínicas de los casos ingresados durante los años 1981, 1982 y 1983 en el Hospital Nacional "Marqués de Valdecilla" de Santander, y de los archivos de la Dirección de Salud de la Consejería de Sanidad de "Cantabria".

Durante este período no ha sido notificado a la Dirección de Salud ningún caso más de tétanos procedente de otros hospitales o sanatorios de la región.

\* "Hospital Nacional Marqués de Valdecilla"  
Santander

El número de vacunas y de gammaglobulinas consumidas ha sido recogido del Servicio de Farmacia del propio Hospital y del Negociado de Farmacia de la Consejería de Sanidad.

El número de vacunaciones realizadas figura en el archivo de la Dirección de Salud.

## RESULTADOS

El total de casos diagnosticados en los tres años, distribuidos por sexos, se expone en el Cuadro 1.

**CUADRO 1**  
**TETANOS**  
**DISTRIBUCION ANUAL Y POR SEXOS**  
(Cantabria 1981-1983)

| AÑOS  | Varones | Mujeres | TOTAL |
|-------|---------|---------|-------|
| 1981  | 2       | 2       | 4     |
| 1982  | —       | —       | 0     |
| 1983  | —       | 1       | 1     |
| TOTAL | 2       | 3       | 5     |

En el Cuadro 2 se reflejan las tasas de morbilidad por 100.000 habitantes.

En el Cuadro 3 se hace la distribución por grupos de edad y sexo.

La mortalidad por tétanos en España, desde el año 1901, se recoge en el Cuadro 4.

**CUADRO 2**  
**TASAS DE MORBILIDAD POR 100.000 HABITANTES**

| AÑOS | Cantabria |       | España |       |
|------|-----------|-------|--------|-------|
|      | Casos     | Tasas | Casos  | Tasas |
| 1981 | 4         | 0,77  | —      | —     |
| 1982 | 0         | 0,    | 47     | 0,13  |
| 1983 | 1         | 0,19  | 90     | 0,23  |

CUADRO 3

**DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO**

| Grupos de edad | Varones | Mujeres | Total |
|----------------|---------|---------|-------|
| 25 - 29 años   | —       | 1       | 1     |
| 60 - 64 años   | —       | 1       | 1     |
| 70 - 74 años   | 2       | —       | 2     |
| 75 - 79 años   | —       | 1       | 1     |
| TOTAL .....    | 2       | 3       | 5     |

Todos los casos pertenecen al medio rural, donde predomina la profesión de agricultor-ganadero, incluso en las mujeres que realizan, colaborando con su ayuda, parte de esas labores:

En cuanto a la *presentación estacional* se dan:

- 1 caso en verano
- 3 casos en otoño
- 1 caso en invierno

*Puerta de entrada* que figura en los antecedentes:

- Herida contusa
- Herida incisa
- Post-operatorio
- Inyección (erosiones cicatrizadas)
- Desconocida

La duración del *período de incubación* fue:

- 6 días (inyección-erosiones cicatrizadas)
- 8 días (herida contusa pie)
- 10 días (herida incisa mano)
- 30 días (post-operatorio)
- Desconocido
- Promedio de los 4 casos conocidos: 13,5 días

*Síntomas iniciales:*

- 2 casos - Disfagia
- 2 casos - Trismus
- 1 caso - Contracturas musculares



## CUADRO 4

**MORTALIDAD POR TETANOS EN ESPAÑA**

| <u>Año</u> | <u>Total</u> | <u>Tasa por 100.000 hab.</u> |
|------------|--------------|------------------------------|
| 1901       | 1.006        | 5,41                         |
| 1902       | 996          | 5,35                         |
| 1903       | 783          | 4,21                         |
| 1904       | 660          | 3,87                         |
| 1905       | 799          | 4,29                         |
| 1906       | 762          | 4,09                         |
| 1907       | 782          | 4,20                         |
| 1908       | 735          | 3,95                         |
| 1909       | 594          | 3,19                         |
| 1910       | 485          | 2,43                         |
| 1911       | 476          | 2,39                         |
| 1912       | 536          | 2,69                         |
| 1913       | 536          | 2,69                         |
| 1914       | 534          | 2,67                         |
| 1915       | 551          | 2,08                         |
| 1916       | 486          | 2,40                         |
| 1917       | 490          | 2,50                         |
| 1918       | 583          | 2,09                         |
| 1919       | 527          | 2,47                         |
| 1920       | 564          | 2,64                         |
| 1921       | 581          | 2,72                         |
| 1922       | 544          | 2,55                         |
| 1923       | 553          | 2,59                         |
| 1924       | 543          | 2,50                         |
| 1925       | 497          | 2,33                         |
| 1926       | 468          | 2,19                         |
| 1927       | 460          | 2,15                         |
| 1928       | 487          | 2,28                         |
| 1929       | 426          | 1,99                         |
| 1930       | 433          | 1,08                         |
| 1931       | 441          | 1,80                         |
| 1932       | 430          | 1,82                         |
| 1933       | 485          | 2,05                         |
| 1934       | 425          | 1,80                         |
| 1935       | 364          | 1,54                         |

(Continua Cuadro 4)

| Año  | Total | Tasa por 100.000 hab. |
|------|-------|-----------------------|
| 1936 | 402   | 1,70                  |
| 1937 | 469   | 1,98                  |
| 1938 | 564   | 2,39                  |
| 1939 | 447   | 1,89                  |
| 1940 | 479   | 1,85                  |
| 1941 | 451   | 1,74                  |
| 1942 | 478   | 1,84                  |
| 1943 | 486   | 1,87                  |
| 1944 | 478   | 1,84                  |
| 1945 | 488   | 1,88                  |
| 1946 | 473   | 1,82                  |
| 1947 | 507   | 1,95                  |
| 1948 | 529   | 2,04                  |
| 1949 | 495   | 1,90                  |
| 1950 | 478   | 1,71                  |
| 1951 | 417   | 1,45                  |
| 1952 | 446   | 1,59                  |
| 1953 | 392   | 1,60                  |
| 1954 | 410   | 1,46                  |
| 1955 | 411   | 1,46                  |
| 1956 | 363   | 1,21                  |
| 1957 | 381   | 1,36                  |
| 1958 | 356   | 1,27                  |
| 1959 | 361   | 1,20                  |
| 1960 | 419   | 1,38                  |
| 1961 | 327   | 1,08                  |
| 1962 | 241   | 0,88 (14)             |
| 1963 | 372   | 1,20                  |
| 1964 | 322   | 1,00                  |
| 1965 | 292   | 1,00                  |
| 1966 | 253   | 0,80                  |
| 1967 | 281   | 0,90                  |
| 1968 | 163   | 0,50                  |
| 1969 | 193   | 0,60                  |
| 1970 | 171   | 0,50                  |
| 1971 | 147   | 0,40                  |
| 1972 | 124   | 0,40                  |

## (Continúa CUADRO 4)

| Año  | Total | Tasa por 100.000 hab. |
|------|-------|-----------------------|
| 1973 | 125   | 0,40                  |
| 1974 | 109   | 0,30 (12)             |
| 1975 | 108   | 0,30 ( 6)             |
| 1976 | 93    | 0,25 ( 7)             |
| 1977 | 135   | 0,30 (12)             |
| 1978 | 93    | 0,25 ) 8)             |
| 1979 | 91    | 0,24 ( 9)             |

No figuran antecedentes de *vacunación* previa en ninguno de los enfermos, ni de que recibieran, en el caso de los traumatismos, *gammaglobulina antitetánica*, pues en el caso de la inyección, en el de la intervención quirúrgica y en el de puerta de entrada desconocida, damos por supuesto que no la recibieron.

Fueron *hospitalizados* en las unidades de Medicina Intensiva en los primeros días, y el total de días hospitalizados en cada caso es el siguiente:

- 20 días
- 52 días
- 65 días
- 72 días
- 94 días

TOTAL ..... 303 días

Promedio por enfermo: 60,6 días

La *mortalidad* fué nula, siendo datos de alta todos los enfermos por curación.

*Número de dosis de vacunas* suministradas en Cantabria:

- 1981 - 25.861
- 1982 - 26.078
- 1983 - 26.366

El número de dosis de *gammaglobulina* suministradas se expone en el Cuadro 5.

## DISCUSION

El mayor número de casos de tétanos se ha dado el año 1981, con 4 casos, ninguno en 1982 y solamente 1 en 1983, lo que indica una tendencia

decreciente en Cantabria (Cuadro 1), aunque la tasa de morbilidad habida en España durante el año 1983 (3) casi ha duplicado a la del año 1982, (5). No olvidemos que este año, el 15 de Enero (10), se publicó la nueva lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria, en la que se incluyó el tétanos, y pudieron no haberse declarado ese año todos los casos. Por otro lado, no poseemos datos de morbilidad comparativo con los años anteriores. La tasa de morbilidad en Cantabria, durante el año 1983, se ha reducido a la cuarta parte en comparación con el año 1981, y es inferior a la española (Cuadro 2).

CUADRO 5

**GAMMAGLOBULINA**

|      | <u>Hospital M. de Valdecilla</u>     |                                      | <u>Cantabria</u>                     |                                      | <u>Total</u>                          |
|------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
|      | <u>Envases de</u><br><u>500 U.I.</u> | <u>Envases de</u><br><u>250 U.I.</u> | <u>Envases de</u><br><u>500 U.I.</u> | <u>Envases de</u><br><u>250 U.I.</u> | <u>Envases de</u><br><u>500 + 250</u> |
| 1983 | 6.587                                | 1.305                                | 9.740                                | 2.100                                | 19.732                                |

El 60% de los casos corresponde a mujeres y el 40% a los hombres (Cuadro 1). En los 6 años anteriores era mayor la proporción de mujeres afectadas. En el estudio efectuado en Santa Cruz de Tenerife, desde 1969 a 1972, el 57,8% pertenecía al sexo masculino y el 42,2% al femenino (16). La morbilidad en la provincia de Murcia desde 1961 a 1981 corresponde un 49,6% a los varones y un 50,4% a las mujeres (15). Para deducir la morbilidad habida en años anteriores, a partir de la letalidad, es preciso considerar globalmente una serie de años, puesto que en nuestro estudio no se ha producido mortalidad.

En el año 1978 había en Santander más mujeres que varones, al igual que en Murcia, mientras que en Santa Cruz de Tenerife los varones superaban a las mujeres (8). Habría que conocer la distribución del tétanos en proporción a la población existente en los lugares donde se ha producido para conocer la exacta incidencia por sexos y edades. No obstante, en ocasiones se sugiere que es más afectado el sexo femenino, por la vacunación sistemática del varón durante el Servicio Militar, pero si examinamos el Cuadro 3 vemos que los grupos de edad están por encima de los 60 años (1 caso de 27 años, otro de 64, dos de 73 y uno de 77), afectando más a los varones. El año 1967 se inició la vacunación obligatoria en las Fuerzas Armadas

Españolas (1), por lo que los primeros vacunados tienen ahora alrededor de 40 años; por ello esa afirmación podría ser válida para los menores de esta edad, pero no considerando la morbilidad y mortalidad globalmente.

En Cantabria todos los casos pertenecen al medio rural, el 81,6% en Tenerife, pero tanto en esta provincia como en Murcia se da más en otras profesiones que entre los agricultores, al igual que en Alicante (11).

El mayor número de casos se da en el otoño, mientras que en Tenerife no se da variación estacional por su climatología, y en Murcia se da más en verano.

En 135 casos atendidos en el Hospital de Infecciosos de Barcelona prácticamente todos tenían un antecedente traumático accidental, excepto el aborto (11), pero, en el resto de los estudios, la yatrogenia, (incluido el tétanos neonatorum), es muy elevada: al menos un 20% en Cantabria, un 15,8% en Murcia y un 28,29 en Asturias (4).

El promedio del período de incubación en los casos estimados como conocidos fue de 13,5 días, pudiendo considerarse de 8 días en la población general (11). Se observa, en la mortalidad habida en los años anteriores en Cantabria y en la de Murcia, que los tétanos con incubación corta son los más graves.

El 40% iniciaron la sintomatología con disfagia, y el otro 40%, es decir, igual porcentaje, con trismus.

En Cantabria no ha habido ningún caso incluido en los grupos de edad de menos de 1 año a 25, lo que demuestra una vez más la eficacia de la vacunación. No obstante, a pesar de haber disminuido en España radicalmente las tasas de mortalidad en el tétanos neonatorum, siguen siendo muy elevadas en dicha edad (4). En los climas cálidos y en los trópicos, los más vulnerables al tétanos son los recién nacidos, que representan más de la mitad de todos los casos, con una letalidad del orden del 85%. Aunque es imposible vacunar a tiempo al recién nacido, habría que considerar en algunos casos la posible vacunación durante el embarazo (17) y por supuesto la correcta asistencia al parto y a la herida del cordón umbilical.

La mortalidad del tétanos en España, a lo largo de este siglo, ha ido descendiendo, con una tasa de 5,41 por 100.000 habitantes en 1901, a 0,24 en 1979. (Cuadro 4). Este descenso es evidente en el quinquenio en el que se inicia la primera campaña de vacunación infantil sistemática (4). La nula mortalidad en Cantabria, en el trienio estudiado, revela la asistencia especializada que reciben los enfermos en el Departamento de Medicina Intensiva.

No figuran antecedentes de vacunación o de inmunización pasiva en ninguno de los enfermos y probablemente nunca han sido vacunados, dada su edad y el inicio de las campañas de vacunación. La poca importancia dada

a las heridas hace que en estos casos no se aplique una profilaxis específica. Esto señala una vez más la gran importancia de la vacunación a todas las edades.

El promedio de estancia por enfermo fue de 60,6 días. Las estancias de los enfermos de Murcia varían de acuerdo con la letalidad.

A través de las gammaglobulinas administradas, podemos deducir que el 3,77% de los habitantes de Cantabria sufrió una herida que precisó inmunización pasiva antitetánica.

Vamos a calcular el coste de la morbilidad del tétanos durante un período de 10 años, suponiendo que se dieran 5 casos cada 3 años, como ha sucedido durante el período estudiado. Y el coste de la vacunación y de la inmunización pasiva, de acuerdo con los criterios antes dichos, es decir, que se hubieran administrado durante esos 10 años un promedio de vacunas y de gammaglobulinas de acuerdo con los datos que hemos ido señalando.

Pues bien, dicho costo, durante esos 10 años, sería de 85.043.047 ptas. En él están incluidos solamente los gastos de hospitalización de 17 enfermos con un promedio de 60,6 días de estancia por enfermo. La vacunación de 6.525 niños por año (4 dosis) y la inmunización pasiva de 19.732 personas por año. Todo ello calculado al precio del año 1983.

El costo de una Campaña de vacunación del 80% de la población de Cantabria sería de 43.326.165 ptas.

En él están incluidos: la vacunación de 418.055 personas el primer año (4 dosis) y de 6.525 niños por año (4 dosis), durante 10 años. Una dosis de recuerdo al décimo año de la vacunación, aplicada a las 418.055 personas. Una dosis de refuerzo de toxoide tetánico a los que tienen una herida (13), en vez de la gammaglobulina, durante 10 años. Todo calculado estimativamente al precio de 1983, y en el supuesto de que la población no variara, y el número de heridas que precisaran practicar una inmunización fuera similar.

Como se ve el ahorro generado se cifra, en 10 años, 41.716.882 ptas., pues suponemos que no se iba a producir ningún enfermo.

Una educación sanitaria permanente, se impone como norma imprescindible ante cualquier problema sanitario que se quiera abordar: la vacunación de toda la población de Cantabria.

## RESUMEN

Se hace un estudio epidemiológico del tétanos en Cantabria durante el período 1981-1983. La mortalidad ha sido nula. Se calcula el coste producido por dicha enfermedad y el ahorro previsible si se vacunara sistemáticamente, al menos, al 80% de la población.

## RESUME

On fait une étude épidémiologique sur le tétanos à Cantabria pendant la période 1981-1983. La mortalité a été nulle. On calcule le coût dérivé de cette maladie et l'épargne prévu au cas où le 80%, au moins, de la population fût vacciné systématiquement.

## SUMMARY

An epidemiological study of tetanus in Cantabria is carried out for the period 1981-1983. Mortality has been none. The economic cost due to this disease is calculated and the potential savings that could be achieved with the systematic immunization of at least 80% of the population.

## BIBLIOGRAFIA

1. BRITA-PAJA MARTINEZ, J.: El tétanos en el ejército. *Rev. Ibys*. Número extraordinario, 75-83, 1973.
2. CARDIÑANOS, A.; COMAS, A.; LARA, E.; CAGIGAS, J.; OCON, F.: ALVAREZ-BAJO, C.; AMAZARRAY, R.: Revisión sobre diecinueve casos de tétanos en la provincia de Santander. *Rev. San. Hig. Públ.*, 55: 1231-1237, 1981.
3. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín Epidemiológico Semanal*, nº 1570: 2, 1983.
4. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo: Tétanos. Mortalidad General. *Boletín Epidemiológico Semanal*, nº 1571: 9-11, 1983.
5. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Boletín Epidemiológico Semanal*, nº 1621: 2, 1984.
6. Instituto Nacional de Estadística: Movimiento natural de la población española. Año 1975. Tomo III. Defunciones según la causa de muerte. Ministerio de Economía. Madrid, 1978.
7. Instituto Nacional de Estadística: Movimiento Natural de la población Española. Año 1976. Defunciones según la causa de muerte. Tomo III. Ministerio de Economía. Madrid, 1979.
8. Instituto Nacional de Estadística: Movimiento natural de la población española. Año 1978. Tomo III. Defunciones según la causa de muerte. Ministerio de Economía y Comercio. Madrid, 1981.
9. Instituto Nacional de Estadística: Movimiento natural de la población española. Año 1979. Tomo III. Defunciones según la causa de muerte, Madrid, 1983.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Resolución de 22 de Diciembre de 1981, por la que se modifica la lista de enfermedades de declaración obligatoria. B.O.E. nº 13, de 15 de Enero de 1982.
11. NAJERA MORRONGO, R.: Epidemiología del tétanos en España. *Revista Ibys*. Número extraordinario, 57-73, 1973.

12. PIEDROLA y COL.: Medicina Preventiva y Social. Tomo I. 7ª Edición. Amaro, 1983.
13. Prontuario de la prevención del tétanos. *Crónica de la O.M.S.*, 30: 216-218, 1976.
14. PUMAROLA, A.: Los antitóxicos en la profilaxis y tratamiento del tétanos. *Anales de Medicina y Cirugía*. Año XLIV, N° 210, 1968.
15. RAMOS GARCIA, E.; SATURNO HERNANDEZ, P.; VIVIENTE LOPEZ, E.; NAVARRO SANCHEZ, C.: Estudio Epidemiológico de los casos de tétanos ingresados en centros hospitalarios en la provincia de Murcia (1961-1980). *Rev. San. Hig. Públ.*, 56: 753-780, 1982.
16. SIERRA LOPEZ, A.; QUINTANA ALBEROLA, A.: Estudio epidemiológico del tétanos en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. *Rev. San. Hig. Públ.*, 48: 429-439, 1976.
17. Tétanos. De Punto a Punto. n° 15/1981. *Rev. San. Hig. Públ.*, 55: 685-686, 1981.





## **Cálculo de la población usuaria de un Hospital General**

J. ROSELL \*

J. AYATS \*\*

J. SALA \*\*\*

### **INTRODUCCION**

Para efectuar un trabajo epidemiológico, no solo estadístico, hay necesidad de conocer la población usuaria, su distribución por sexos, su pirámide de edades y el área de influencia del centro sanitario en que se efectúa el estudio.

En las zonas de gran densidad de población y con una oferta sanitaria múltiple, resulta difícil para un centro efectuar la determinación de su población usuaria. Ello solo es posible con la utilización de métodos indirectos.

La escasa información existente, ha motivado la realización de este estudio y su publicación.

Nuestro hospital, Hospital Mutua de Tarrasa, está ubicado en la comarca del Vallés Occidental, situada periféricamente al área metropolitana de Barcelona. Esta comarca tiene una población global de 606.000 habitantes y está formada por las poblaciones señaladas en el cuadro 1.

El mapa sanitario contempla a Catalunya dividida en áreas sanitarias, la comarca del Vallés Occidental y Oriental constituyen la llamada área 10 en la nueva distribución de la Generalitat. Dentro del área 10, está la subárea de Tarrassa (cuadro 2) que cuenta con 912 camas para un total de 238.765

\* Director Médico Mutua de Tarrasa.

\*\* Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Mutua de Tarrasa.

\*\*\* Jefe de Sección de Cirugía General del Hospital Mutua de Tarrasa.

habitantes con un índice de 3,8 camas por 1.000 habitantes. Índice que es el mismo que el global de la provincia de Barcelona, incluyendo Barcelona ciudad.

CUADRO 1

| <b>POBLACION</b>            | <b>CENSO</b> |
|-----------------------------|--------------|
| Barbera del Vallés .....    | 28.679       |
| Caldas de Mont .....        | 10.168       |
| Castellar del Valles .....  | 10.934       |
| Castellbisbal .....         | 3.407        |
| Cerdanyola del Valles ..... | 51.173       |
| Matadepera .....            | 2.351        |
| Montcada i Reixach .....    | 25.582       |
| Palau-Solita .....          | 6.496        |
| Ripollet .....              | 26.009       |
| Rubi .....                  | 43.532       |
| Sabadell .....              | 184.943      |
| S. Cugat del Valles .....   | 31.184       |
| S. Llorenç Saball .....     | 1.968        |
| S. Quirze de Terrassa ..... | 5.107        |
| Santa Perpetua .....        | 13.528       |
| Sentmenat .....             | 3.663        |
| Terrassa .....              | 155.360      |
| Ullastrell .....            | 759          |
| Viladecaballs .....         | 1.552        |
| TOTAL .....                 | 606.395      |

CUADRO 2

| <b>SUBAREA</b> | <b>Nº CAMAS</b> | <b>HABITANTES</b> | <b>INDICE DE CA-<br/>MAS × 1.000 H.</b> |
|----------------|-----------------|-------------------|-----------------------------------------|
| Sabadell       | 612             | 334.408           | 1.8                                     |
| Terrassa       | 912             | 238.765           | 3.8                                     |
| Mollet         | 166             | 102.327           | 1.6                                     |
| Granollers     | 363             | 123.710           | 2.9                                     |
| Sanz Celoni    | 20              | 19.044            | 1.4                                     |
| TOTAL AREA     | 2.111           | 823.254           | 2.6                                     |

El Hospital Mutua de Terrasa es un hospital de 608 camas, que tiene concierto con la Seguridad Social. Es un hospital jerarquizado con cinco departamentos médicos: Medicina Interna, Cirugía, Materno-infantil, Urgencias y Servicios Centrales, con las especialidades que le confieren en conjunto las características de hospital general.

## MATERIAL Y METODOS

Nuestro Hospital posee un sistema de captura y banco de datos que nos ofrece una serie de listados, de ellos hemos utilizado:

1. Total de ingresos.
2. Total de estancias.
3. Listado de ingresos por población/localidad de residencia.
4. Listado de primeros diagnósticos de altas médicas, según normativa establecida por I.N.E.
5. Ingresos totales por cada diagnóstico y grupo de patología.

Para la captura de datos usamos el código OMS, revisión 1978 y se ha creado un código territorial.

Se ha establecido un sistema de control de calidad de todas las altas a nivel de captura y banco de datos.

Para el cálculo de la población usuaria se han utilizado varios índices:

1. Índice camas agudos por 1.000 habitantes
 

$$U = \frac{C}{ICA} \times 10^3 \text{ (fórmula 1)}$$

U.— Usuarios  
C.— Camas H.M.T.

ICA.— Índice camas agudos
2. Índice de utilización de camas por habitante y año
 

$$IUC = \frac{E}{P} \text{ (fórmula 2)}$$

$$U = \frac{C \times 365 \times 10}{IUC} \text{ (fórmula 3)}$$

E.— Estancia en Catalunya  
P.— Población en Catalunya

IUC.— Índice de utilización cama/habitante/año
3. Índice de ingresos hospital por 1.000 habitantes
 

$$U = \frac{I}{IIH} \times 10^3 \text{ (fórmula 5)}$$

I.— Ingresos H.M.T.

IIH.— Índice de Ingresos en hospital por 1.000 habitantes.

Para el cálculo del IIH, dados los diferentes índices de camas por 1.000 h., señalados en el cuadro 2 y teniendo en cuenta que en Barcelona ciudad se atiende, por la mayor complejidad y especialización de sus centros parte de la población de toda la provincia, se ha efectuado un cálculo para llegar a un índice lo más aproximado posible.

Se ha efectuado una corrección sobre la tasa de ingresos habitante y año en la provincia de Barcelona, excluyendo Barcelona ciudad y el de ingresos en Barcelona ciudad procedentes del resto de la provincia, con una corrección por el índice de rotación de enfermo y cama.

Los datos empleados quedan señalados en el cuadro 3.

La fórmula que se ha aplicado ha sido:

$$\text{IIH} = \frac{\text{ITP}}{\text{PP}} \times 10^5 - \frac{\text{NBC}}{\frac{\text{I}}{\text{C}}} \times \frac{\text{IBP}}{\text{PP}} \times 10^5$$

(fórmula 4)

ITP.— Ingresos totales en provincia de Barcelona ciudad.

PP.— Población provincia de Barcelona excluida Barcelona ciudad.

IBP.— Ingresos en Barcelona ciudad procedentes de la provincia de Barcelona.

NBC. Número de camas de Barcelona ciudad

I.— Ingresos HMT

C.— Camas HMT

CUADRO 3

| PROCEDENCIA     | INGRESOS |      |        | TASA INGR.   |            |
|-----------------|----------|------|--------|--------------|------------|
|                 | INGRESOS | CAMA | CAMAS  | × 1.000 HAB. | HABITANTES |
| 1               | 150.860  | 14.3 | 10.563 | 79.4         | 1.900.000  |
| 2               | 114.512  | 10.8 | 10.563 | 40.9         | 2.800.000  |
| 3               | 184.822  | 12.8 | 14.430 | 66           | 2.800.000  |
| Hospital        |          |      |        |              |            |
| Mutua Terrasa   | 13.856   | 22.8 | 608    |              |            |
| Total ingresos  |          |      |        |              |            |
| Prov. Barcelona | 450.198  | 18   | 24.993 | 97           | 4.700.000  |

1.— Ingresos en Barcelona ciudad procedentes de la misma Barcelona.

2.— Ingresos en Barcelona ciudad procedentes del resto de la provincia.

3.— Ingresos en el resto de la provincia de Barcelona.

4. Indice de partos por 10<sup>5</sup> mujeres

$$U = \frac{PH}{IP} \times 10^5 \times \frac{100}{FD}$$

(fórmula 6)

PH.— Partos en HMT

IP.— Indice de partos por 10<sup>5</sup> mujeres en Catalunya

PD.— Proporción de mujeres en el censo.

5. Se ha calculado la media aritmética la desviación estandar, el coeficiente de variación y el intervalo de confianza con los 4 valores obtenidos.

6. Cálculo de la población usuaria de cada localidad/pueblo de residencia

$$PULi = \frac{IPLi}{IIH} \times 10^5$$

PULi.— Población usuaria de la localidad/pueblo de residencia que provocó ingreso

IPLi.— Ingresos HMT procedentes de la localidad estudiada

7. Se ha determinado el número de ingresos teóricos previstos para cada localidad, según sus censos.

$$IPPI = \frac{IIH \times CPI}{10^5}$$

IPPI.— Ingresos previstos para cada población/localidad

CPI.— Censo de cada población

A partir del número teórico previsto de ingresos para cada población/localidad se ha buscado el porcentaje que representan los ingresos de HMT en cada población/localidad con respecto a los previstos:

$$\frac{PULi}{CPI} \times 100 \qquad \frac{IPLi}{IPPI} \times 100$$

(cuadro 5)

definiendo con ello el área de influencia del hospital, tomando aquellas poblaciones que tienen una población usuaria mínima del 20%.

8. Establecida la población usuaria y el área de influencia se ha definido las características socio-económicas de esta área para comprobar su homogeneidad.

9. A partir de las tasas de morbilidad hospitalaria globales y específicas por enfermedad o grupos de patología, registradas por el INE que proporciona la tasa global del estado español y de cada una de las provincias, se ha calculado la media aritmética y la desviación estándar de la distribución de las tasas provinciales. También se ha determinado la tasa global y específica por enfermedades o grupos de patología en nuestro hospital usando

la cifra de población usuaria encontrada como censo. Se han comparado las tasas así obtenidas con las tasas del estado español, la media provincial y las de Barcelona. Para la comparación de las tasas globales se ha usado la ley de distribución de Poisson.

10. A partir de las proporciones (tasas) de las diferentes enfermedades o grupos en la provincia de Barcelona, y para un riesgo  $\alpha = \beta = 0.05$ , y con un error máximo del 45%, se ha determinado el tamaño mínimo de una muestra para estimar una proporción y se ha comparado, este tamaño, con la población usuaria.

## RESULTADOS

Los valores obtenidos por cada uno de los métodos empleados queda resumidos en el cuadro 4.

CUADRO 4

| FORMULA | VALORES                                                                                             | CIFRA OBTENIDA |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1 (U)   | $\frac{608}{3.8} \times 10^3$                                                                       | 160.000        |
| 2 (U)   | $\frac{608 \times 365 \times 0.85}{5678000}$                                                        | 159.043        |
| 3 (IUC) | $\frac{4700000}{114512}$                                                                            |                |
| 4 (IIH) | $\frac{299338}{2800000} \times 10^5 - \frac{10563}{13856} \times \frac{114512}{2800000} \times 608$ | 8643           |
| 5 (U)   | $\frac{13856}{8643} \times 10^5$                                                                    | 161718         |
| 6 (U)   | $\frac{1829}{2265} \times 10^5 \times \frac{100}{51}$                                               | 158334         |

Nos da una media de 159.774 personas con un intervalo de confianza del 5% que abarca de 157.287 + 162.261 y un coeficiente de variación del 0.008.

Las poblaciones usuarias, ingresos previstos teóricos y porcentajes de población usuaria respecto al censo de cada localidad/pueblo, quedan expresados en el cuadro 5. Vemos que el 86.6% de usuarios de nuestro hospital son de la propia comarca del Vallés Occidental, y si le añadimos la ciudad de Olesa de Montserrat, distante 12 km de nuestra ciudad, perteneciente a la comarca del Bages, el porcentaje es del 88.4%.

El área de influencia tal como queda definida, incluiría cuatro núcleos principales de población formado por Terrassa, Rubí, Sant Cugat del Vallés y Olesa de Montserrat, con un radio de 12 km una superficie de 452 km<sup>2</sup> y una población de alrededor de 250.000 habitantes.

Socio-económicamente es una comarca con predominio industrial (61.3%), construcción (11.4%) y agrícola (1.8%) en cuanto a la distribución de la población activa, en Terrassa y el área que se ha definido como área de influencia la distribución de la población activa es 62% industrial, 10.5% construcción y 1.2% agrícola.

Por otra parte nuestro hospital absorbería el 58.8% de los ingresos teóricos de estas poblaciones y que a su vez representa el 87.17 del total de ingresos de nuestro centro.

Las tasas de morbilidad hospitalaria global y específicas de nuestro hospital comparadas con las globales y específicas española, media provincial y de Barcelona provincia, están resumidas en el cuadro 6.

No se han observado diferencias significativas entre las tasas de morbilidad hospitalaria global, pero si existen diferencias significativas entre las tasas específicas como queda expresado en el cuadro 6.

La población usuaria considerada como una muestra de la ciudad de Terrassa y de la comarca del Vallés Occidental, tiene un tamaño igual o superior al mínimo necesario para estimar las diferentes proporciones (tasas) específicas de incidencia de enfermedades a niveles de significación antes mencionados.

## DISCUSION

Con los cuatro diferentes métodos utilizados para la determinación de la población usuaria se observa una concordancia entre los cuatro valores obtenidos, definida por un bajo coeficiente de variación y que nos permite creer en la validez de la cifra resultante del cálculo de la mediana (159.774 habitantes).



CUADRO 5

| CENSO<br>[CPi] | Población-comarca         | INGRESOS<br>[IPLi] | % TOTAL ING.<br>$\frac{[IPLi]}{I} \times 10^2$ | USUARIOS<br>[PULi] | % Sobre censo<br>de población<br>$\frac{[PULi]}{CPi} \times 10^2$ | INGRESOS<br>TEORICOS<br>[IPPi] |
|----------------|---------------------------|--------------------|------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 913            | 64.32%                    | 104.027            | 66.8%                                          | 13.333             |                                                                   |                                |
| 43.839         | RUBI                      | 2.162              | 15.6%                                          | 25.233             | 57.6%                                                             | 3.756                          |
| 30.633         | SANT CUGAT DEL VALLES     | 750                | 5.6%                                           | 8.754              | 28.6%                                                             | 2.625                          |
| 378.391        | RESTO VALLES OCCIDENTAL   | 453                | 3.5%                                           | 5.287              | 1.4%                                                              | 32.421                         |
| 12.506         | OLESA DE MONTSERRAT       | 253                | 1.8%                                           | 2.953              | 23.6%                                                             | 1.072                          |
| 214.777        | VALLES ORIENTAL           | 16                 | 0.1%                                           | 187                | —                                                                 | 18.402                         |
|                | BARCELONA CIUDAD          | 185                | 1.3%                                           | 2.159              | —                                                                 | —                              |
|                | RESTO PROVINCIA BARCELONA | 708                | 5.1%                                           | 8.264              | —                                                                 | —                              |
|                | PROVINCIA LLEIDA          | 15                 | 0.1%                                           | 175                | —                                                                 | —                              |
|                | PROVINCIA GIRONA          | 354                | 2.6%                                           | 4.132              | —                                                                 | —                              |
|                | PROVINCIA TARRAGONA       | 4                  | 0.028%                                         | 47                 | —                                                                 | —                              |
|                | ESPAÑA                    | 39                 | 0.28%                                          | 455                | —                                                                 | —                              |
|                | EXTRANJERO                | 5                  | 0.036%                                         | 58                 | —                                                                 | —                              |
|                |                           | 13.856             |                                                | 161.730            |                                                                   |                                |

CUADRO 6

|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
|-------------------------|-------|----|-----|-------|-------|-----|-------|-------|-----|-----|-----|----|----|----|
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
| España                  | 8.612 | 12 | 122 | 640   | 886   | 73  | 207   | 1.445 | 138 | 338 | 351 |    |    |    |
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
| España media provincial | 8.532 | 12 | 122 | 594   | 899   | 77  | 201   | 1.380 | 132 | 355 | 399 |    |    |    |
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
|                         |       | *  |     | **    | **    | *   | **    | *     | **  | **  |     |    |    |    |
| Barcelona provincia     | 9.723 | 24 | 140 | 1.014 | 95    | 131 | 1.344 | 100   | 413 | 349 |     |    |    |    |
|                         |       |    |     | oo    | \$    | oo  | oo    |       | oo  | oo  | o   |    |    |    |
|                         |       |    |     |       |       |     |       |       |     |     |     |    |    |    |
|                         |       | †† | **  | ††    | **    | **  | *     | **    | **  | ††  | *   | †† | ** | †† |
| Hospital Mutua Terrassa | 8.672 | 13 | 182 | 688   | 1.086 | 93  | 159   | 908   | 156 | 524 | 351 |    |    |    |
|                         |       |    |     | oo    | oo    |     | oo    | oo    | o   | oo  | o   |    |    |    |

p < 0.05 respecto a la tasa provincial (distribución normal)

o p < 0.05 respecto a la tasa provincial (distribución de Poisson)

oo p < 0.01 respecto a la tasa provincial (distribución normal)

\* p < 0.05 respecto a la tasa global española (distribución Poisson)

\*\* p < 0.01 respecto a la tasa global española (distribución Poisson)

† p < 0.05 respecto a la tasa Barcelona provincia (distribución de Poisson)

†† p < 0.01 respecto a la tasa Barcelona provincia (distribución de Poisson)

También se ha comparado el índice de utilización de habitante, cama y año según las estancias del hospital y la población usuaria encontrada, dándonos, 1.182 que respecto al 1.2 de la establecida en fórmula 2 representa el 98,5% de esta cifra y una desviación del 1,5%.

Se dan una serie de factores que confieren representatividad respecto a la población en los datos obtenidos en nuestro hospital, al margen de las pequeñas variaciones que puedan existir, y que al menos cuantitativamente

no invalidan las conclusiones de una primera aproximación a los problemas epidemiológicos de la zona.

La procedencia mayoritaria de los ingresos del hospital queda representada en un área de influencia de 12 km de radio y de 412 km<sup>2</sup> de superficie, no obstante al contemplar la distribución de la población usuaria, cuadro 5, existe una cierta influencia, que no es significativa en la proporción con respecto al total de ingresos, en la provincia de Gerona, pero que es más alta que en la provincia de Tarragona o Lleida, se interpreta como el resultado de la influencia de Mutua de Terrassa en algunas comarcas como la Garrotxa, el Ripollés y la Cerdanya.

Una vez establecida la población usuaria hemos calculado las tasas de morbilidad hospitalaria, cuadro 6. Se ha llegado a conclusiones chocantes.

— Hemos detectado diferencias entre la española y la media por provincias. Se ha encontrado una diferencia significativa en la tasa de fracturas por distribución de Poisson.

— Se observan diferencias significativas en las tasas específicas de morbilidad hospitalaria entre Barcelona provincia y la española, y entre Barcelona provincia y la media provincial, señalada en el cuadro 6.

— También en las tasas del hospital existen diferencias significativas, siempre calculadas según distribución de Poisson, respecto a las españolas, medias provinciales y Barcelona provincia, señaladas en el cuadro 6.

Pensamos que estos hechos abren un campo importante de investigación epidemiológica con posibilidades insospechadas.

La tasa de morbilidad hospitalaria global de nuestro hospital no es diferente respecto a la de Barcelona provincia, media provincial y española, que puede ser un argumento más de la validez de la cifra de usuarios obtenida.

Consideramos la población usuaria obtenida como muestra de la subárea de Terrassa y de la comarca del Vallés Occidental con un tamaño estadístico suficiente para estimar las proporciones (tasas) de morbilidad hospitalaria locales o comarcales con un error que va desde el 1,2% para la tasa global hasta un 45% para las tasas específicas más bajas; que podemos considerar aceptables si tenemos en cuenta que para estas mismas tasas la distribución de Poisson acepta como no significativas hasta variaciones del 58%.

La posibilidad de extrapolación de las tasas obtenidas a la población general se ve condicionada al paralelismo de la homogeneidad del área, ya estudiada, y de la "clientela" del hospital, aunque se ha de tener presente la existencia de desviaciones externas (criterios de afluencia al hospital, ...) y factores internos (fiabilidad de diagnósticos, plantilla médica, régimen hotelero, ...) que pueden distorsionar los valores obtenidos; pero, de momento,

son las cifras de que disponemos para iniciar trabajos epidemiológicos y llegar a conocer su validez real.

### RESUMEN

Se ha calculado por métodos indirectos la población usuaria de nuestro hospital, con características de hospital general, en una zona que se puede considerar homogénea desde el punto de vista socioeconómico.

Los porcentajes de la población usuaria de las diferentes poblaciones/localidades nos permite definir el área de influencia.

Los diferentes métodos han demostrado una concordancia aceptable entre los valores obtenidos que permiten considerar la cifra de 159.774 habitantes-usuarios como la cifra más cercana a la realidad.

El conocimiento de la cifra de usuarios nos ha permitido calcular las tasas de morbilidad hospitalaria y extrapolarlas a la población de nuestra área de influencia, lo que pensamos nos abre futuros caminos de investigación epidemiológica y de esta forma el hospital pueda asumir el papel que le corresponde en las tareas de medicina preventiva y salud pública dentro de la comunidad a que sirve.

Las fuentes usadas para estos cálculos son del INE, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya y del área de Sanitat del Ayuntamiento de Barcelona.

### RESUME

On a calculé par des méthodes indirectes la population usagère de notre hôpital, avec des caractéristiques de l'hôpital général, dans une aire qui peut être considérée comme homogène du point de vue socioéconomique. Les pourcentages de la population usagère des différentes populations/localités nous permet de définir l'aire d'influence. Les différentes méthodes ont montré une concordance acceptable entre les valeurs obtenues qui permettent de considérer le chiffre de 159.774 habitants-usagers comme le plus proche à la réalité. La connaissance de la chiffre d'usagers nous a permis de calculer les taux de morbidité hospitalière et les extrapoler à la population de notre aire d'influence, ce que nous croyons va nous ouvrir des futures chemins de recherche épidémiologique et de cette façon l'hôpital peut assumer le rôle qui l'appartient dans les tâches de médecine préventive et de santé publique dans la communauté à qu'il deserve.

### SUMMARY

The authors have calculate by indirect methods the population which uses their hospital, that has the characteristics of a general hospital, in an area that can be

considered homogeneous from the socioeconomic point of view. The percentages of the population using the hospital from the different populations/localities allow them to define the catching area. The different methods have shown an acceptable concordance between the obtained values that allow to consider the figure of 159.774 inhabitants as the most realistic figure. The knowledge of the number of people using the hospital allows to calculate the rates of hospital morbidity and to relate them to the population of the catching area, what the authors think that open to them new ways of epidemiological research and then the hospital can assume its rol in the tasks of preventive medicine and public health into the community it deserves.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ARAGO, I.: Els Hospitals a Catalunya. - Barcelona 1.967.
2. DIESFELD, H. J.: Definición de la zona atendida por un Hospital a Mediciones de los niveles de salud - W. Holland et al. - Salvat Ed. Barcelona, 1982.
3. DMS - 83, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya pàg. gral. 417-470.
4. La Sanitat a Catalunya. Servei central de publicacions, Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1980.
5. CLOS, J. y Col.: L'assistència Sanitària a les comarques de Catalunya Col.lecció Salut i Sanitat 2-3, Ed. Laia, Barcelona, 1980.
6. Terrassa en cifras 1981. *Boletín de la Càmara Oficial de Comercio e Industria de Terrasa*.
7. INE - Encuesta de morbilidad hospitalaria 1977. Anuarios estadísticos 1980 i 1983.
8. ASENJO.: Estructura funcional hospitalaria y control de calidad asistencial. Ed. Sanidad y Seguridad Social. Escuela de Gerencia Hospitalaria. Madrid 1981.
9. DOMENECH, J. M.: Bioestadística Ed. Herder. Barcelona 1982.
10. Tablas científicas Geygi. 6ª Ed. Basilea. 1965.
12. CASAS, X.: Barcelona, població, recurssos sanitaris i salut. *Gaceta Sanitària* n° 8 vol. 2 pàg. 68-73 Març abril 1983.
13. MORENO RUIZ, J. A.: Hospitales y autonomia. *Noticias Médicas*, pág. 38-44, 27-4 1983.
14. SALLERAS, L.: Bases socio-sanitarias de la Planificació de la família. *ANN. MED.* Vol. LXX 1984 Vol. 2 pàg. 44.
15. Estudis i Dictamens sobre sanitat. Departament de Sanitat i Seg. Soc. Generalitat de Catalunya. Barcelona. 1982.

## **Jornadas "Dimensión educativa de la Planificación Familiar"**

Del 6 al 8 de junio de 1985 tuvieron lugar en Oviedo las Jornadas Técnicas "Dimensión educativa de la Planificación Familiar" organizadas por el Instituto de la Mujer y la Consejería de Sanidad de Asturias. Asistieron doscientos treinta profesionales procedentes de toda España y que trabajan en equipos específicos de planificación familiar o en asistencia primaria.

Las Jornadas contaron con el patrocinio de la Oficina Europea de la Unión Internacional de Educación Sanitaria y del Fondo de Población de las Naciones Unidas, así como con el apoyo técnico del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria de la Universidad de Perugia.

Con este encuentro se pretendía:

- difundir en el ámbito español y a nivel internacional la metodología, resultados obtenidos y materiales educativos elaborados durante el Programa Experimental "Desarrollo de la Dimensión Educativa en planificación familiar" llevado a cabo en 1984 en cuatro Centros pilotos.
- Discutir la aplicación del modelo formativo utilizado a lo largo del Programa Experimental a otros Centros de Planificación Familiar y de Asistencia Primaria.

La Presidenta europea de la U.I.E.S., Dra. Rosmarie Erben, que asistió a la reunión destacó la importancia de la aproximación educativa en planificación familiar basada en la llamada "ecología del cuerpo", contraponiéndola a otras aproximaciones basadas en el principio de que la acumulación de información determinará cambios de conducta individual y colectiva. Asimismo señaló la necesidad de que los servicios de planificación familiar contribuyan a estimular dinámicas de participación comunitaria que den oportunidades reales a las familias, alejándose de los modelos de participación en boga que siguen el mismo esquema paternalista por el que se rige la vida política.

La Dra. Ana Ferrari del Centro Sperimentale de Perugia, que asistió al encuentro en calidad de asesora metodológica del Programa Experimental, se refirió a la formación permanente de los profesionales como un proceso de descubrimiento de capacidades y cualidades preexistentes que se perfeccionan, desarrollan y consolidan experimentándolas pragmáticamente. En esta línea, manifestó que el Programa Experimental constituía un modelo formativo suficientemente preciso y adaptable a diversas realidades locales, y aportaba instrumentos para la construcción de un nuevo sistema relacional con los usuarios de los servicios sanitarios. Finalmente destacó que el Programa Experimental había desarrollado condiciones de comunicación simétrica y recíproca en el seno de los equipos piloto como fundamento imprescindible para construir relaciones comunicativamente válidas con los usuarios.

La Coordinadora técnica del Programa, Dra. Elvira Méndez, así como los equipos de los centros piloto discutieron algunas de las principales características metodológicas y logros alcanzados:

- El Programa Experimental, de quince meses de duración, ha sido un programa de formación y una investigación operativa simultáneamente.

- El Programa ha sido compatible con la actividad cotidiana de los servicios.

- Los equipos piloto han realizado un paciente trabajo de observación de la comunidad circundante, de las usuarias y de los mecanismos de respuesta del Servicio, usando para ello instrumentos de tipo cualitativo y cuantitativo. Posteriormente caracterizaron los grupos "diana" seleccionados para la acción educativa, diseñaron programas educativos de base comunitaria, modificaron razonadamente la rutina del Servicio para ajustarlo a las características de la comunidad y produjeron, junto con publicitarios profesionales, material informativo y didáctico.

- Los equipos han realizado hallazgos de tipo cultural en el área de la sexualidad-fecundidad que tienen un gran impacto operativo y son en algunos casos comunes a las cuatro regiones españolas estudiadas. Algunos hallazgos afectan al estilo de trabajo de los profesionales sanitarios, y otros a la representación colectiva que los usuarios tienen de la contracepción.

- Los equipos han adquirido la capacidad de elaborar planes orientados a la resolución de sus relaciones con las usuarias y la comunidad. Asimismo han delimitado opiniones precisas sobre sus propias necesidades de formación y sobre las actividades a realizar como Servicio.

El diseño metodológico, los resultados alcanzados y el material educativo diseñado serán publicados por el Instituto de la Mujer, y están a disposición de las instituciones o profesionales interesados. Para más información dirigirse a: Sra. Victoria Abril, Responsable de Salud. Instituto de la Mujer C/. Almagro 36, 2ª 28010 - MADRID (España)

## **Reunión de los Grupos que realizan Evaluación Mutagénica en España CSIC**

El día 18 de Diciembre de 1984, se celebró en el Instituto de Edafología y Biología Vegetal la Reunión de los Grupos que realizan evaluación mutagénica en España, de acuerdo y como fruto de lo acordado en la Ponencia Pruebas de Mutagenicidad y Carcinogenesis que moderó el Prof. Laborda en el I Congreso de Investigación sobre el Cáncer celebrado en Madrid en Octubre de 1982.

Al inicio de la Reunión, el Director del Centro, dirigió unas palabras de bienvenida a los asistentes, estando representados entre los cincuenta y cuatro asistentes citados los once grupos que contestaron a la encuesta modelo 1 (realizada durante el verno del '84) en donde se pedía: Centro, dirección, director, componentes, resumen de actividades, proyectos en marcha, tipo de financiación, productos o agentes evaluados, organismos y tipos de ensayos empleados, junto a la solicitud de cualquier sugerencia; los grupos que en la actualidad se sabe que funcionan y trabajan en España son los siguientes: Andalucía, (Dpto. de genética. Facultad de Ciencias de la Universidad de Córdoba). Cataluña (Dpto. genética y Dpto. de Microbiología de la Universidad Autónoma de Barcelona; y Dpto. de Microbiología de la Universidad Politécnica de Cataluña). Protección de Cultivos/Toxicología del CSIC; Grupo del Instituto Nacional de Toxicología; Grupo del Instituto de Entomología; Grupo del Dpto. de Investigación del Ramón y Cajal; y Grupo del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Valencia (Dpto. genética del Instituto de Investigaciones Citológicas y Dpto. de Microbiología de la Universidad Politécnica de Valencia).

La mañana fue dedicada a exponer las actividades de cada uno de los grupos, y por la tarde tras una comida de trabajo en la Residencia del CSIC,



se celebró una mesa redonda sobre "Evaluación mutagénica, presente y futuro en España" moderada por el Dr. Albaiges y en la que participaron el Dr. Albert en representación del Director General de Política Científica; el Dr. Clavero en representación del Director General de Salud Pública y los Dres. Sánchez Ramos, s del CIyAT del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo; Dr. Tena del Instituto Nacional de Toxicología; Dr. Ferrándiz de la CAICYT; Dr. Blanco de Investigaciones Citológicas; el Dr. Monteagudo del Departamento de Investigación del Ramón y Cajal; Prof. Laborda del CSIC; Dra Pueyo de la Universidad de Córdoba; Dr. Hernández de la Universidad Politécnica de Valencia; Dr. Marcos y Dr. Vericat de los Departamentos de Genética y Microbiología respectivamente, de la Universidad Autónoma de Barcelona; y Dr. de la Peña del CSIC, participando en la misma un elevado número de asistentes. Al final de dicha Mesa, se mostró un video sobre un sistema automatizado de evaluación mutagénica que presentó la firma Labsystem.

En el transcurso de la reunión quedó de manifiesto:

- 1.º) el interés de la evaluación mutagénica mediante sistemas de ensayo de corta duración, dado el elevado valor predictivo de estos ensayos sobre la posible acción cancerígena de un producto o agente.
- 2.º) La necesidad de que dichos grupos sean el conjunto científico de que la administración debe valerse a la hora de evaluar los datos que sobre mutagenicidad se presentan en la documentación requerida para el registro de un determinado producto químico, farmacéutico, alimentario y agroquímico.
- 3.º) el que dichos grupos son los únicos que existen en España que realizan dichas evaluaciones y que dicha actividad queda dentro del Plan prioritario de investigación de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica y del Programa Movilizador que sobre toxicología tiene el CSIC.

## CURSO SOBRE EVALUACION MUTAGENICA

Del 26 al 30 de Noviembre de 1984, se celebró en el Salón de Actos del Instituto de Edafología y Biología Vegetal del CSIC, el curso sobre Evaluación mutagénica, organizado por la Asociación de Licenciados en Ciencias Biológicas de España ALBE, dirigido y llevado a cabo por miembros del grupo de protección de cultivos/toxicología\* de la Unidad de Agrobiología junto con la intervención del Dr. Marcos de la UAB.

\* Prof. E. Laborda; Dra. E. Valcarce; Lda. C. Barrueco; Lda. C. Canga; Lda. A. Herrera; Lda. M.V. Castaño; Lda. M.M. Espinosa; Ldo. L. Cuadra; Ldo. P. Gutiérrez y Dr. E. de la Peña.

Al mismo asistieron una treintena de doctores y licenciados en Biología, Farmacia, Química y Veterinaria, que indica el interés del tema en los distintos ámbitos científicos.

El Curso ha tratado de los diferentes sistemas de ensayos de corta duración utilizados para evaluar el efecto mutagénico de los productos químicos.

Los datos sobre mutagenicidad según la OCDE están dentro del conjunto de datos mínimos previos a la comercialización de un producto químico, así mismo, los ensayos mutagénicos son requeridos por la CEE en la sexta enmienda dentro de los datos toxicológicos necesarios para los productos químicos farmacéuticos, es interesante destacar el elevado valor predictivo de los diferentes ensayos mutagénicos sobre la carcinogenicidad de los productos químicos.

Se estudiaron los sistemas procariontes que utilizan bacterias (*Escherichia coli* y *Salmonella typhimurium*), los sistemas eucariontes con *Allium cepa*, *Drosophila melanogaster* y células de mamífero y el ensayo "in vivo" de cambios espermáticos en mamíferos. También se dedicó una atención preferente a la estructura química de los productos como causa de su actividad mutagénica y se realizó un análisis de los diferentes sistemas de activación metabólica utilizados en los ensayos de mutagenicidad.

Otro aspecto considerado fué la información acerca de la documentación existente sobre los distintos mutágenos ambientales.

El Dr. Eduardo de la Peña agradece a Luis Cuadra por su interesante conferencia sobre bases moleculares de la mutación; a Angustias Herrera por su exhaustiva revisión de los sistemas de activación metabólica "in vitro" en los ensayos de mutagenicidad; a Carmen Barrueco por su clara exposición de un tema complejo como son los tipos de mutaciones de las bacterias utilizadas en la evaluación mutagénica con *Salmonella* microsoma o ensayo de incorporación en placa, con la adición de un control del ensayo mediante el control del número de viables; a Carmen Canga por la exposición del ensayo de fluctuación en la evaluación mutagénica también en *Salmonella* y la mejora de los ensayos mediante la técnica de preincubación; la visión general sobre la mutación cromosómica que Pedro Gutiérrez dentro de su conferencia sobre ensayos de intercambio de cromátidas hermanas como parte de los daños citogenéticos producidos por un producto; al Prof. Laborda por su magistral visión de las nuevas demandas de datos toxicológicos, con especial interés en los ensayos realizados con sistemas de ensayo de corta duración, en batería, "in vitro" como "in vivo", como en los ensayos de larga duración, que permiten valorar el efecto adverso de los productos químicos. La revisión de dichas demandas en los diferentes países y en suma por su conferencia sobre requerimientos toxicológicos de los productos

químico farmacéuticos; a M<sup>a</sup> del Mar Espinosa que habló sobre la evaluación mutagénica mediante *Escherichia coli* k.12, mostrando atención preferente en el Inductest de Devoret; a M<sup>a</sup> Victoria Castaño que expuso en ensayo "in vitro" sobre cambios espermáticos, ensayo que la OCDE tiene considerado de gran relevancia y que está clasificado con otros ensayos mutagénicos; al Dr. Ricardo Marcos, que hizo una exposición de la "utilización de *Drosophila melanogaster* en la detección de agentes potencialmente mutagénicos", y el último día la revisión sobre la utilización de cultivos celulares en ensayos mutagénicos. Finalmente, se hizo una mesa redonda con los participantes tanto profesores como alumnos al curso sobre los sistemas de documentación e información.

En síntesis, la evaluación mutagénica de un determinado producto químico, mediante una batería de ensayos, es un estudio que debe considerarse previo e indispensable a la utilización de todo producto químico y debe ser un requerimiento exigido y exigible para su registro.

El II Curso sobre Evaluación Mutagénica, está incluido dentro del Programa de Extensión Científica del CSIC, cursos para postgraduados 1985/1986 y se celebrará del 16 al 20 de Diciembre de 1985. La inscripción al mismo será del 1 al 30 de Noviembre en el Instituto de Edafología y Biología Vegetal, CSIC, Serrano 115 dpdo. 28006 Madrid (teléfono (91) 262 50 20).

**XII Symposium Internacional  
EMBARAZOS INDUCIDOS  
Fertilización in Vitro  
Inseminación Artificial  
Inducción de la Ovulación**

**Barcelona 24, 25 y 26 de Octubre de 1985**

Presidente: Dr. J.M. Dexeus

Director: Dr. P.N. Barri

Comité Organizador: R. Buxaderas, G. Calderón, R. Labastida,  
R. Maristany, R. Tur, A. Veiga

Secretarias: M.L. Arán, A. Baldrich, I. Belil

Temas: Fisiología folicular  
Estimulación y monitorización de la ovulación  
Técnicas laparoscópicas de recuperación de ovocitos  
Congelación de embriones  
Transferencia de embriones  
Estado actual de la FIV en España  
Futuro de la FIV  
Organización de un banco de semen  
Timing de la ovulación  
Técnicas de inseminación  
Indicaciones para IAD-IAH  
Preparación del semen  
Inducción de la ovulación con gonodotropinas  
Empleo de FSH pura para la inducción de la ovulación  
Citrato de clomifeno, epimestrol y otras drogas inductoras  
Hiperprolactinemia, androgenismos y variaciones ponderales  
Aspectos éticos de las nuevas técnicas de Reproducción Humana

**Comunicaciones libres:**

Se aceptarán comunicaciones libres afines a los temas oficiales del Symposium. Las comunicaciones deberán ser remitidas íntegramente al Comité Organizador antes del 31 de Mayo de 1985. Entre todas las comunicaciones libres recibidas, el Comité Organizador seleccionará 10 comunicaciones por cada uno de los temas oficiales que serán presentadas en el Symposium quedando las restantes incluídas en la publicación que se editará posteriormente.

Participación de: A. Audebert (Francia), J. Cohen (Francia), C. Debache (Francia), R.G. Edwards (Inglaterra), W. Feichtinger (Austria), R. Marrs (USA), Y. Menezo (Francia), J. Testart (Francia).

La representación española contará con: J. Balasch, J.A. Ruiz Balda, J. Gafo, J. Ordàs, A. Pellicer, L.C. Pous, F.J. Rodríguez Escudero, J. Santaló, J.A. Vanrell, A. Vergés, P. Visacasillas, junto con destacados miembros del Cuerpo Facultativo del Instituto Dexeus.

Las sesiones científicas se celebrarán en el Auditorium de Banca Catalana, Diagonal, 664.

Para toda información dirigirse a las secretarías del Symposium, Srtas. M.L. Arán, A. Baldrich e I. Belil. Instituto Dexeus, Pº Bonanova, 67, teléf.: 211 65 00. 08017 Barcelona (España).

## **I Symposium Nacional sobre la información Sanitaria en los medios de Comunicación Social**

**Santander, 17 y 18 de Octubre de 1985**

**Organiza: CONSEJERIA DE SANIDAD, TRABAJO Y BIENESTAR SOCIAL**

**EXCMA. DIPUTACION REGIONAL DE CANTABRIA**

### **PROGRAMA:**

#### **Día 16 de Octubre:**

- 9,00 h. INAUGURACION.  
Acto de Apertura, a cargo de las Primeras Autoridades Sanitarias Regionales y Locales.
- 9,30 h. "LA NECESIDAD DE UNA EDUCACION SANITARIA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD".  
Por *Pilar Najera*, Jefe de Sección de Educación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 11,00 h. "LA IMPORTANCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL EN LA EDUCACION SANITARIA Y PARTICIPACION DE LA POBLACION".  
Por *Jesús de Miguel*, Sociólogo Sanitario.
- 12,30 h. "ESTADO DE LA INFORMACION SANITARIA EN ESPAÑA".  
MESA REDONDA.  
Representantes de: *Cantabria, Andalucía, Cataluña y Euskadi*.
- 14,00 h. ALMUERZO.
- 17,00 h. MESA REDONDA: "¿CUAL ES LA INFORMACION SANITARIA QUE LA SOCIEDAD DEMANDA?".

#### **Intervienen:**

Unión Federal de Asociaciones de Consumidores (*Nieves Alvarez*, Vicepresidenta).

Asociación de Usuarios de la Sanidad.

Representante del Colegio de Médicos.

Periodista experto en temas sanitarios.

#### **Moderador:**

*Juan Irigoyen*,

Sociólogo del Insalud-Cantabria.

- 19,30 h. **ENCUENTRO CON LOS MEDIOS DE COMUNICACION.**  
 Consejería de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social, Diputación Regional de Cantabria.

### **Día 18 de Octubre:**

- 9,00 h. **"LA INFORMACION SANITARIA EN ESPAÑA EN LA PRENSA".**  
**MESA REDONDA.**

**Intervienen:**

Prensa diaria: "El País".

Prensa divulgativa: "Ser Padres".

Prensa de información general: "Garbo".

Prensa especializada: "Jano".

**Moderador:**

Representante de la Prensa Local.

- 11,00 h. **"LA INFORMACION SANITARIA EN ESPAÑA EN LA RADIO".**  
**MESA REDONDA.**

**Intervienen:**

Radio Salud de Cataluña, Director: Jorge Arandes.

Antena 3, Director de: "La Salud es lo que importa".

Onda Madrid. Comunidad Autónoma de Madrid.

- 12,30 h. **"LA INFORMACION SANITARIA EN ESPAÑA EN TELEVISION".**

Por: *Ramon Sánchez Ocaña.*

- 14,00 h. **ALMUERZO.**

17,00 h.

**CONCLUSIONES: "COMO DEBE HACERSE LA ADECUADA INFORMACION SANITARIA".**

**Intervienen:**

Bartolomé Beltrán.

María Sainz Martín.

**Moderador:** Javier Domenech.

- 18,30 h. **ACTO DE CLAUSURA:**  
 Autoridades Nacionales y Autonómicas.

### **INFORMACION GENERAL:**

#### **Sede del Congreso:**

Las Sesiones del Congreso se celebrarán en el Palacio de la Magdalena.

#### **Boletín de Inscripción y Reserva Hotelera:**

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| Técnicos de la Administración ..... | 15.000 Ptas |
| Inscripción ordinaria .....         | 10.000 Ptas |
| Acompañante .....                   | 8.000 Ptas  |

## INFORMES OMS

*Grupo de Trabajo sobre Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Budapest, 23-26 octubre 1984.*

### Informe-Resumen

Hay muchos enfoques nuevos en educación para la salud para promover la autoconfianza individual y colectiva e implicar a los no profesionales en la atención sanitaria. El objetivo de este Grupo de Trabajo sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud fué examinar las consecuencias de estos nuevos enfoques para la atención primaria de salud a los niveles europeo, subregional y de país, y relacionarlos con el informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre Nuevos Enfoques de la Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud (Serie de Informes Técnicos n° 690, OMS, Ginebra, 1983).

Los informes introductorios de Checoslovaquia, Finlandia, República Democrática Alemana, Hungría, Italia, Holanda, España y Yugoslavia resumieron los desarrollos nacionales generales en educación sanitaria en atención primaria de salud. El informe húngaro se complementó con visitas a realizaciones.

La educación sanitaria en atención primaria debe dirigirse a una serie de puntos clave. Como filosofía, la atención primaria de salud destaca la importancia de la igualdad de oportunidades, la autorresponsabilidad, la interrelación entre salud y desarrollo social y económico, y los componentes físicos, emocionales y sociales de la salud.

Una estrategia nacional, basada en la atención primaria de salud debe apoyar el proceso de convertir la filosofía en acción y debe, por tanto, ocuparse



de los siguientes temas: cooperación inter e intersectorial; participación e implicación; establecimiento y modificación de estrategias; accesibilidad y posibilidad económica; flexibilidad, adaptabilidad y adecuación; y descentralización.

Una serie de actividades son importantes componentes de cualquier enfoque integral para mejorar la salud: la disseminación de información acerca de la salud para todos y la atención primaria de salud; educación sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los medios de prevención y control; el fortalecimiento de la competencia familiar mediante la enseñanza de habilidades para la vida y mediante la preparación de la gente para afrontar las crisis y las transiciones de la vida; y la formación. A su vez, el éxito de cada una de estas actividades depende del grado de organización y participación comunitaria y del apoyo ambiental y social.

La atención primaria de salud también puede considerarse como el primer nivel asistencial. Como la salud depende de las actividades de muchos sectores, la atención primaria de salud debe, por tanto, comprender la autoasistencia, la autoayuda y las contribuciones de varios grupos.

Desde cualquier perspectiva en que se considere la atención primaria de salud, la gente está implicada en una variedad de papeles:

- como individuos y como miembros de una familia, comunidad u otro grupo;
- como no profesionales;
- como maestros, políticos, economistas, ingenieros, trabajadores comunitarios, personal médico y sanitario, etc.

La atención primaria de salud comprende más que la atención médica primaria y la educación sanitaria debe formar parte integral de la atención primaria de salud. Por tanto se necesita una comprensión de los conceptos de la educación para la salud en la atención primaria y éste es el marco en que puede desarrollarse y mantenerse un enfoque integral de la educación sanitaria y la atención primaria de salud.

### **Recomendaciones:**

1. Es necesario establecer nuevos enfoques y revisar los existentes a la luz del conocimiento y experiencia existentes, si se quiere que la atención primaria de salud alcance el objetivo establecido en la Declaración de Alma-Ata.
2. La educación para la salud en cada país, región y distrito debería suponer la plena participación de toda la gente en el desarrollo de su salud, y estos nuevos enfoques de la educación sanitaria en atención primaria de salud deberían reflejar sus necesidades.

3. La educación sanitaria debería implicar a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria más que dirigirse sólo a personas con riesgo de enfermedades específicas.
4. Las comunidades deberían reconocer su papel en expansión en el desarrollo y establecimiento de políticas y estrategias educativas para resolver problemas de salud en la atención primaria.
5. La cooperación multidisciplinaria y multisectorial debería usarse en la planificación, ejecución y evaluación de la educación sanitaria en atención primaria de salud a los niveles local, regional y nacional. Debería destacarse que muchos factores diferentes influyen sobre los estilos de vida y la salud de la gente.
6. Debería hacerse un amplio uso de enfoques integrales tales como la enseñanza de habilidades para la vida y preparación para afrontar las crisis y transiciones de la vida, de modo que los individuos puedan resolver problemas existentes de salud tales como mala higiene, dieta desequilibrada, excesivo consumo de alcohol, hábito de fumar, falta de ejercicio físico y desarrollo de relaciones interpersonales satisfactorias.
7. Los proveedores de atención sanitaria son médicos, dentistas, enfermeros, matronas, farmacéuticos, educadores sanitarios, nutricionistas, curanderos tradicionales, asistentes al parto, auxiliares sanitarios, puericultoras, fisioterapeutas, personas no profesionales adecuadas y proveedores de atención sanitaria de otros sectores. Todos deberían recibir una formación realista y orientada a la comunidad que les capacitara para hacer frente y resolver los nuevos retos y
  - asimilar los conceptos de tecnología orientada hacia la gente y ampliar sus preocupaciones, más allá de la prevención y el control de la enfermedad;
  - actuar como facilitadores de la acción de los no profesionales;
  - asumir un papel de abogados de la causa de la salud en relación con la gente y con los que toman decisiones.
8. Los nuevos enfoques de la educación sanitaria en atención primaria de salud deberían reflejar una reorientación hacia el contexto social en que los individuos viven y hacia los efectos positivos, negativos o neutralizantes que los factores políticos, económicos y ambientales tienen sobre la salud y los estilos de vida.
9. Deben introducirse mecanismos de evaluación en los programas de tal manera que su impacto educativo pueda valorarse y puedan modificarse cuando sea necesario, y estos mecanismos deberían contener criterios que reflejasen un amplio enfoque ecológico y que reconocieran la contribución de los no profesionales sin imponer valores profesionales.

10. Los proveedores de atención sanitaria deberían hacer suya la tarea de convencer a sus compañeros en la atención sanitaria de que los nuevos enfoques de la educación sanitaria en atención primaria de salud pueden alcanzarse sólo mediante los esfuerzos solidarios de profesionales, personal médico y no médico y de que repercutirá en su propio interés el encontrar formas y medios de llevar a cabo esta cooperación.

## COMUNICADOS DE PRENSA

### 38 ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

*Apertura de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud. El Dr. Suwardjono Surjaningrat (Indonesia) elegido Presidente. AMS-1 (6-V-1985).*

El Dr. Suwardjono Surjaningrat ministro de la Salud de Indonesia, fué elegido por aclamación, presidente de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, en la apertura de hoy en Ginebra.

La asamblea fué inaugurada en presencia de más de 1.000 delegados, de ellos 100 ministros de salud que representaban a la mayoría de los 166 Estados Miembros de la OMS. La Asamblea completó su Oficina de la forma siguiente:

#### **Vice-presidentes de la Asamblea**

Dr. Elichi Nakamura (Japón).

Dr. Winston Chinchón (Chile).

Dr. Ayala Hussein Ayoub (Egipto).

Dr. Barbrop Westerholm (Suecia).

M.D.S. Katopola (Malawi).

**Comisión A:** Presidente Dr. D.E. Makuto (Zimbawe).

**Comisión B:** Presidente M. Robert Rochón (Canadá).

Dirigiéndose a la Asamblea después de la apertura, el Profesor Guillermo Soberón Acevedo, Presidente de la 37 Asamblea Mundial de la Salud, declaró que la elevación del nivel de la salud de los pueblos y la realización efectiva de los derechos sociales que están inscritos en las constituciones

de numerosos países confían a los Gobiernos la responsabilidad de organizar los recursos de la sociedad para asegurar una salud mejor a las gentes y por ello el desarrollo y el resaltar las potencialidades humanas.

El profesor Soberón dió la bienvenida a los delegados de Kiribati, Saint-Christopheson, Estados Miembros desde la última Asamblea.

Estaban igualmente presentes en la sesión de apertura representantes de las autoridades federales, cantonales y municipales de Suiza. En su nombre el Sr. Jacques Vernet, Presidente del Consejo de Estado de la República y Cantón de Ginebra, dijo que estaba satisfecho de saber que esta época cuando los costes de la salud aumentan cada día más, la OMS se afirmaba en el mantenimiento de estos costes en las discusiones presupuestarias para el futuro. Las deliberaciones de la Asamblea y sus conclusiones servirán de ejemplo a otros, dijo.

En una introducción escrita a las propuestas de programas presupuestario de la Organización para el período financiero 1986-1987, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, dijo que "medidas draconianas debemos adoptar, los países y la OMS, si queremos conseguir nuestro objetivo a pesar de las incertidumbres políticas y económicas". El programa presupuesto que prevé gastos por 554 millones de dólares, o sea un crecimiento cero en términos reales con relación al 1984-1985, es uno de los principales puntos del orden del día de la Asamblea.

Las discusiones técnicas, que se prolongaron del 10 al 11 de mayo versaron sobre el papel de las organizaciones no gubernamentales en la estrategia de la salud para todos. La OMS está en relación oficial con más de 130 organizaciones no gubernamentales cuyo papel puede ser determinante en la puesta en marcha de la estrategia global de la salud para todos.

### **Biografía del nuevo Presidente.**

El Dr. Suwardjono Surjaingrat, especialista en ginecología y obstetricia fué presidente del Organismo Nacional de Coordinación y Planificación Familiar y más tarde de Secretario General del Ministerio de Salud, antes de ser nombrado Ministro de Salud. Diplomado en la Universidad de Indonesia, el Dr. Surjaningrat obtuvo un diploma de estudios superiores en obstetricia en la Universidad de Harvard (Estados Unidos).

Es autor de numerosos artículos y obras consagrados a la salud y a la planificación familiar, el sistema de salud indonesio así como a las políticas y programas sanitarios de su país.

Nacido el 3 de mayo de 1923, en Purwodadi, en el centro de Java, el Dr. Surjaningrat asistió por primera vez a la Asamblea Mundial de la Salud en 1978.

Está casado y es padre de cinco hijos.

*El Presidente y el Director general de la OMS se dirigen a la asamblea.—*  
AMS-2 (7-V-1985).

Una llamada a "la sinceridad, la honestidad, el valor y un trabajo encarnizado" fué lanzado por el Dr. Suwardjono Surjaningrat en su discurso presidencial a la 38 Asamblea Mundial de la Salud hoy en Ginebra. Describió estas cualidades como las palabras de Orden de los futuros años. Designó al año 1985 como un año de particular importancia porque hace 40 años un mundo roto y traumatizado por la Segunda Guerra Mundial, aspirando a la estabilidad y a la paz adoptó la Carta de las Naciones Unidas así como una manifestación de esperanza y de fé en un mundo mejor.

"Nuestra persecución obstinada del objetivo de la salud para todos los pueblos, en el cuadro de la Estrategia y del plan que todos nosotros hemos adoptado, y en consecuencia la mejor contribución que podemos aportar a los nobles objetivos de la paz y del desarrollo".

El Presidente ha evocado igualmente los importantes acontecimientos que se desarrollan en la escena mundial diciendo: "mientras que la crisis en Africa nos afecta a todos profundamente, centenares de millones de personas en Asia, en América Latina, en verdad en todas las partes del mundo viven en condiciones socio-económicas inaceptables, olvidadas y desprovistas de los recursos básicos más elementales para atención de salud, presa de la pobreza, de la malnutrición, de la subnutrición y de las enfermedades transmisibles que continúan exigiendo un pesado tributo en vidas humanas, especialmente en las zonas rurales más apartadas".

El Dr. Surjaningrat añadió: "Una preocupación primordial para los Estados Miembros consiste en encontrar los medios de organizar y reforzar la infraestructura de los sistemas de salud basados en el principio de atenciones primarias de salud tal como se han definido en Alma Alta, hará pronto siete años. Nuevos pasos son necesarios para acelerar el establecimiento de estos cuidados primarios de salud. Muchos problemas técnicos y de gestión quedan por resolver".

El presidente concluyó declarando: "A causa del mandato único, técnico y social, de nuestra Organización, deberíamos esforzarnos en evitar desperdiciar, o al menos en economizar, el tiempo precioso que la Asamblea pudiera consagrar a debatir problemas políticos extraños a nuestras preocupaciones y que son quizás mejor tratadas en otras partes. La Asamblea ha mostrado a este respecto una sabia madurez en el pasado y estoy seguro de que ella continuará en este camino".

**Hay que tener fé en el desarrollo, dijo el Director General de la OMS.**

Al presentar su informe para 1984, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, ha hablado de la manera en que el mundo hace frente a la crisis, especialmente en Africa:

"...Temo que no estemos expuestos hoy a un peligro. Las emociones suscitadas por la buena causa a defender son tan fuertes que pocos de nosotros se atreven a hablar del mañana por miedo a ser acusados de traicionar el presente. Es cierto que vientres vacíos deben ser llenados desde hoy, pero a fin de cuentas habrá que ayudar a las gentes a alimentarse por sí mismas, si no permanecerán eternamente siendo una carga social amorfa para el mundo en vez de ocuparse, con toda su energía, en aumentar sus riquezas".

El Dr. Mahler no niega la necesidad de una ayuda de urgencia pero... "es una evidente cuestión", dice, "el que la ayuda de urgencia vaya seguida de lo que se llama una fase de readaptación. Si nos referimos a la terminología médica, la readaptación supone la presencia inicial de una incapacidad. Por otra parte, este no es el problema de los habitantes de los países en desarrollo. Lo que les falta, es simplemente una oportunidad de realizar su potencial material, intelectual y espiritual de una manera aceptable para ellos y enriquecer así al mundo".

El Director General muestra la falta de fé en el desarrollo que demuestran hoy algunos: "Demasiados países, demasiadas instituciones bilaterales y multilaterales y demasiadas personalidades influyentes han perdido sus ilusiones en cuanto a las posibilidades de un verdadero desarrollo humano hasta el punto de no pensar más en continuar la lucha por este camino. No es pues sorprendente que se adhieran a la solución engañosa de las ayudas de urgencia. Aquí es donde reside la mayor crisis humana de los años 1980, una crisis de conciencia en el desarrollo. Afortunadamente vuestra Organización ha resistido la tentación de restablecer la relación donante-beneficio cómoda pero ineficaz".

Sacando de sus limitados recursos presupuestarios, vuestra Organización ha aportado una contribución sustancial a la ayuda de urgencia suministrada a los países de Africa afectados por la sequía y el hambre, gastando para este fin sumas sin duda modestas respecto a las necesidades, pero no despreciables para nosotros. Ha aceptado encargarse de la coordinación mundial del componente salud de las Naciones Unidas en las operaciones de socorro de urgencia destinadas a combatir la situación crítica que sufre Africa, esto en estrecha asociación con el UNICEF. Estas funciones las asume sin separarse de su funión que consiste en favorecer la salud como palanca del desarrollo social y económico y continúa así pretendiendo que la

mejora de la salud es una buena inversión política porque las gentes se lo agradecen a sus representantes elegidos —forma de popularidad eminentemente loable”.

### **La OMS podría servir de ejemplo.**

“Vuestra Organización podría servir de ejemplo de ésto. Ha reconocido hace más de diez años, la penosa situación de los mil millones de personas encerradas en el círculo vicioso de la pobreza, de la malnutrición, de la enfermedad y de desesperanza...” Esta preocupación moral ha llevado a la Asamblea Mundial de la Salud a decidir en 1977 que el principal objetivo social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería ser hacer que de aquí al año 2000 todos los habitantes del mundo accedieran a un nivel de salud que les permita llevar *una vida social y económicamente productiva*... una manifestación de profunda comprensión, pero no de piedad”.

Justificando el programa a largo plazo de la OMS, el Dr. Mahler ha subrayado “Si hemos corrido el riesgo de adoptar medidas a largo plazo, medidas que no darán sus frutos más que al cabo de varios años, es porque hemos intentado poner en marcha un proceso de desarrollo sanitario permanente en vez de dar pruebas de oportunismo marcándonos objetivos efímeros”.

“Las empresas de la OMS y de sus Estados Miembros no serán realmente válidas más que si son, así como el proceso que les ha dado nacimiento y sus incidencias, sistemáticamente controladas y evaluadas y después notificadas con toda franqueza. Se podrá dar las aclaraciones y los estímulos necesarios, ayudar a mejorar lo que puede dejar que desear, llenar las lagunas y facilitar los intercambios de experiencias entre Estados Miembros, pero se evitará desalentarlos por un pesado aparato burocrático.

En conclusión, el Director General de la OMS ha declarado: “Yo **no** pretendo que el acceso a la Salud para todos por intermedio de la atención primaria de salud pueda resolver todos los problemas de desarrollo del mundo y que una acción social suave pueda tener éxito allí donde una acción económica dura ha fracasado. Lo que **yo afirmo** es que puede constituir una fuerza inicial no despreciable y dar un impulso suplementario al desarrollo en el mundo entero, a fin de que los menos favorecidos en los planos de salud y de riqueza puedan producir más para sí mismos y que los más favorecidos no tengan menos sino que mejoren la calidad de lo que ya tienen. Yo **no** pretendo que sea preciso ignorar las realidades y tener una fé ciega en el desarrollo humano, lo que **yo propongo** es hacer frente a esta realidad dejándonos guiar por nuestra fé en el desarrollo porque seguramente no carece de fundamento. Yo me dirijo pues a vosotros y por vosotros a toda la comuni-



dad mundial, para deciros: ¡Recuperad vuestra fé en el desarrollo humano!".

*Décimo aniversario del programa de lucha contra la oncocercasis en Africa occidental.*— AMS/3 (8-V-1985).

La 38 Asamblea Mundial de la Salud ha celebrado hoy, en el curso de una sesión plenaria especial, el décimo aniversario del Programa de Lucha contra la oncocercasis en la región de Cuenca del Volta, en Africa Occidental. Los oradores siguientes han evocado la historia del Programa:

— Dr. E.M. Samba, Director del Programa.

— Dr. Abdon Moudí, Ministro de Salud Pública y de Asuntos Sociales de Niger, representante de los países participantes.

— Sr. N.C. Brady, Administrador principal para la Ciencia y la Tecnología en la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), en representación de los donantes.

— Dr. G.L. Monekosso, Director regional de la Oficina de la OMS para Africa que habló en nombre de las Agencias de las Naciones Unidas que participan en el Programa.

La oncocercasis, o ceguera de los ríos, afecta a varios millones de personas en once países de Africa Occidental: Benin, Burkine Faso, Ghana, Costa de Marfil, Malí, Niger y Togo. Estos países se unieron hace diez años para luchar contra la enfermedad con la ayuda financiera de 19 países e instituciones (x). Desde 1986 otros cuatro países: Ginea-Bissau, Senegal y Sierra Leona participarán en el Programa porque una parte de su población sufre la enfermedad. Esta convierte en ciegos a sus víctimas y fuerza a las poblaciones ribereñas a dejar los valles fértiles para reinstalarse sobre tierras menos productivas. El Programa de lucha contra la oncocercasis cubre actualmente una superficie de 764.000 m<sup>2</sup> (o sea la superficie del Reino Unido y Francia reunidos) y alberga 22 millones de habitantes. Se extenderá el próximo año sobre 556.000 km<sup>2</sup> más, en dirección al sur y al oeste, territorios que cuentan con 16 millones de habitantes. En 1974, antes del comienzo del Programa, el número de personas infectadas por la oncocercasis era de un millón y medio aproximadamente de los que 100.000 se consideraba que estaban totalmente ciegos. Sin medicamentos eficaces, la lucha contra la on-

(x) La fundación Al Sahab, Arabia Saudita, el Banco africano para el Desarrollo, el Banco mundial, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Italia, Japón, Kuwait, Noruega, OMS, OPEP, Holanda, PNUD, República Federal de Alemania y Suiza.

cocercasis consiste en matar al simúlido, vector que transmite la enfermedad. Esto necesita rociados semanales de larvicidas biodegradables a lo largo de 18.000 km de ríos. Para evaluar sus efectos sobre la población, equipos médicos visitan 460 pueblos. Los miembros de estos equipos no sobrepasan más que una fracción de los 800 profesionales, de los que el 96 por ciento son africanos que trabajan en el Programa. El coste de éste, desde su puesta en marcha, ha sido de unos 160 millones de dólares de Estados Unidos. Los gastos previstos para los próximos seis años se elevan a 135 millones de dólares. Esta suma representa menos de un dólar por año para proteger a una persona.

Más del 90% de la zona infestada esté bien controlada aunque las tierras que encuadran los ríos, no han sido declaradas adecuadas para la reinstalación de las personas y para el cultivo. Más de tres millones de niños nacidos en los últimos diez años están completamente protegidos. Nunca serán ciegos.

El Dr. S. Sunjaningrat, Presidente de la Asamblea Mundial de la Salud, ha declarado que le habían impresionado mucho los notables progresos registrados por el Programa de Lucha contra la Oncocercasis para vencer la enfermedad y haciendo esto para contribuir al desarrollo de los cuidados primarios de salud en África occidental, en estrecha colaboración con la OMS.

El Programa se ha adelantado al plan establecido. Es un éxito gracias a la colaboración Sud/Sud y a la ayuda continua de los países y organismos donantes, que a pesar de una situación económica difícil no han escatimado su contribución financiera. Tal éxito de esperanza y confianza en el futuro, tanto a los que trabajan sobre el terreno como a las poblaciones afectadas. Con su extensión, los beneficios del Programa se extenderán a un número mucho mayor de personas.

*El premio Sasakawa para la salud se concede por primera vez. AMS/4 (9-V-1985).*

El Dr. Suwardjono Surjaningrat, Presidente de la 38 Asamblea Mundial de la Salud, ha otorgado hoy, por primera vez, el premio Sasakawa para la salud y una estatuilla a los tres receptores: el Dr. Jesús Azurín (Filipinas), el Dr. Davis Bersh Escobar (Colombia) y la Sociedad rural para la Educación, el Bienestar y la Acción (SEWA) de la Provincia de Gujarat (India) en reconocimiento a sus trabajos innovadores en materia de desarrollo de la Salud. El Premio fué creado y financiado por el Sr. Ryoichi Sasakawa, Presidente de la Fundación de la Industria Japonesa de Construcción naval y de la fundación Sasakawa para la Salud.

Estos dos organismos han hecho numerosos donativos en favor de causas humanitarias. Fué en 1975 cuando el Sr. Sasakawa decidió aportar su contribución a la OMS para la realización para todos los pueblos de mayor

nivel posible de salud. Desde entonces y hasta el fin de 1984, la Fundación de la Industria Japonesa de Construcción naval ha contribuido con una cantidad de 31,6 millones de dólares estadounidenses a la Sasakawa Health Trust Fund creada por la OMS. Estas contribuciones son las más importantes que se han hecho nunca a la OMS por una organización privada.

Estos créditos se han distribuido entre varios programas de la OMS incluida la lucha contra la lepra, la campaña de erradicación de la viruela, el programa especial de Investigación y de Formación sobre Enfermedades Tropicales, el Programa ampliado de Vacunación, el Programa de Prevención de la Ceguera, diversas actividades en la región del Pacífico Occidental así como a programas de atención primaria de salud en diferentes países.

### **¿Quien son los receptores?.**

El Dr. Jesús Azurín, Ministro de Sanidad de Filipinas, ha jugado un papel determinante en el desarrollo de los servicios de sanidad de su país. Sus esfuerzos ilustran las cualidades esenciales requeridas para traducir una voluntad política en una acción política en favor de la salud para todos. Ha concebido y puesto en marcha ideas innovadoras para hacer de la atención primaria de salud una realidad en Filipinas, iniciativa que ha tenido como resultado que el 99% del conjunto de los *barangays* (pueblos) han comenzado, desde el año pasado, actividades de atención primaria de salud.

El Dr. David Bersh Escobar es actualmente Director de la Salud del Comité de Plantadores de Café en la región de Quindo, en Colombia, para la que elaboró y puso en marcha un plan de salud. Una característica notable de este plan es la integración del sector industrial privado con el sector gubernamental de sanidad. Gracias a su visión innovadora y a su iniciativa, el Dr. Bersh ha mostrado como una industria privada podía promover, estimular y reforzar los intentos de las autoridades para realizar la atención primaria de salud.

El Dr. Lata Desai, que la sociedad rural para la Educación, el Bienestar, y la Acción (SEWA) en la provincia de Gujarat, en India, es directora asociada del proyecto de salud de la comunidad rural de la SEWA. Esta última es una organización benévola recién creada que se dedica, en cooperación con el gobierno, a desarrollar la atención primaria de salud para poblaciones rurales desfavorecidas. Los esfuerzos de la SEWA ya han conseguido la adopción de varias medidas sencillas e innovadoras para reforzar los servicios de salud dentro de las colectividades.

El Sr. Ryoichi Sasakawa estaba en la tribuna y se dirigió brevemente a la Asamblea después que el Presidente hubiese entregado el Premio Sasakawa para 1985 a los laureados. El Premio de 100.000 dólares de Estados

Unidos será compartido a razón de 30.000 dólares cada uno por el Dr. Azurin y el Dr. Bersh y 40.000 dólares para la Sociedad rural para la Educación, el Bienestar y la Acción (SEWA). El Premio no pretende representar una recompensa pecuniaria para los laureados, sino que debería servir para estimular nuevos progresos en estos campos de actividad.

*El Presidente del Comité Olímpico Internacional se dirige a la Asamblea.— El COI y la OMS se asocian en una "carrera para la salud".— AMS/5 (10-V-1985).*

El Sr. Juan Antonio Samaranch, Presidente del Comité Olímpico Internacional (COI), dirigiéndose hoy a la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, ha pedido un firme apoyo para una futura colaboración entre el COI y la OMS.

"No es sorprendente ver que la OMS y el COI han adoptado muchas ideas semejantes comprendido el reconocimiento de la importancia de la actividad física para una mejor salud" ha dicho el Sr. Samaranch. Ustedes dicen "Salud para Todos", nosotros decimos "Deporte para Todos".

El Sr. Samaranch ha declarado que además del ejercicio físico, el COI desearía subrayar la importancia de una nutrición y de un régimen alimentario apropiados como medio de prevenir la enfermedad y de mejorar la salud. Su Comité está completamente de acuerdo con la OMS para destacar la importancia para la salud de la responsabilidad personal.

Todo esto, ha dicho el Sr. Samaranch, debería situarse en un contexto más amplio que incluya todos los grupos de edad y servir como medio para ayudar a los más desfavorecidos. "En el mundo actual somos con mucha más frecuencia de lo que quisieramos, testigos a menudo impotentes de incapacidades dramáticas, de plagas sociales trágicas y de numerosos trastornos físicos. Su coste para la sociedad, su coste para el hombre es trágicamente alto. Un gran número, si no la mayoría habrían podido evitarse al menos parcialmente o haberse atenuado con una verdadera acción internacional concertada".

El Sr. Samaranch ha anunciado que un grupo de trabajo conjunto creado por las dos organizaciones ya estaba en marcha. Este grupo comprende al Príncipe Alejandro de Méroda, Presidente de la Comisión médica del COI y al Dr. Jacques Hamon, Subdirector General de la OMS. Varios contactos se han establecido y el grupo estudia los diversos campos de colaboración posibles.

El Sr. Samaranch ha declarado que el objetivo era la puesta a punto de programas destinados a estimular la práctica del deporte, a mejorar la salud y a suscitar la responsabilidad individual de cada uno por la protección de

la salud.

El Presidente del COI ha deseado que ambas organizaciones se fijen un objetivo —hacer del año 2.000 un año de victoria para la salud y el bienestar por todas partes del mundo. “Esta carrera contra reloj, tenemos que ganarla... Es la única carrera en la que no puede haber más que vencedores. Seamos todos campeones de la salud”. ha concluido diciendo el Presidente del COI.

*El Director General se felicita el alto nivel de los debates. Exhorta a la asamblea a eliminar de la discusión todo tema político.* AMS/6 (10-V-1985).

El Dr. Halfdan Mahler, director general de la OMS se ha felicitado hoy de la franqueza con que los delegados han hablado de los problemas de salud de sus países al concluir el debate general de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, que se celebra actualmente en Ginebra.

Esta franqueza, ha dicho el Dr. Mahler, es el signo indudable de que nuestra organización ha adquirido un sentido mayor de sus responsabilidades.

El Director general ha reiterado su “fé en el desarrollo humano” destacando que los recursos técnicos, materiales y financieros, no están bien empleados más que si producen una vida mejor para todos los que viven en nuestro planeta.

El Dr. Mahler ha expresado su satisfacción por la importancia concedida por los delegados al papel de las organizaciones no gubernamentales a favor del movimiento de la Salud para todos. Ha añadido que el deseo de las poblaciones de asumir una responsabilidad cada vez mayor por la salud y el bienestar de todos, era un signo suplementario de madurez.

El Director General ha exhortado a los delegados a la 38ª Asamblea Mundial de la Salud a que den prueba del mismo sentido de responsabilidad al tratar las cuestiones políticas para permitir a la Organización funcionar plenamente como *organización internacional de la salud*. “Una enorme diferencia separa a las decisiones nacionales de política que afectan a la salud y las diferencias de política internacional”.

La asamblea general de las Naciones Unidas y el Consejo de Seguridad son los lugares apropiados para debatir diferencias de política internacional, dijo el Dr. Mahler.

“Mis observaciones no se refieren evidentemente a la sustancia de estas diferencias políticas que se insinúan diferentes maneras en los debates de cada Asamblea. Es el principio mismo que consiste en plantear cuestiones extrañas al mandato de la OMS lo que os conjuro a reconsiderar y tratar con la misma sensatez, generosidad y tolerancia que habeis demostrado en las cuestiones de salud” dijo el Director General.

*"Dejemos de lado la política" dijo el Presidente de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud. AMS/7 (13-V-1985).*

El Dr. Suwardjono Surjaningrat, Presidente de la 38 Asamblea Mundial de la Salud, ha lanzado una ardiente llamada hoy, ante la Asamblea reunida en sesión plenaria en favor "de la necesidad imperativa para todos nosotros de mantener constantemente en el espíritu la obligación de hacer sinceros esfuerzos para apartar de nuestras deliberaciones toda polémica política".

Dijo que se había "emocionado por la llamada ferviente y sincera" lanzada por el Director General, el Dr. Halfdan Mahler, en la conclusión al debate general el viernes pasado (comunicado AMS/6 del 10-V-1985).

Somos una Asamblea en que los objetivos de la salud y las estrategias que condicionan la supervivencia y el bienestar de millones de individuos sobre la tierra no se deciden por simple acuerdo o por consenso, sino por unanimidad total. Quizás somos la *única* instancia intergubernamental dentro del sistema de la ONU que tiene esta rara unanimidad y armonía. En consecuencia, cuando decimos que la salud es un poderoso trampolín para la paz, lo pensamos realmente. Por amor a la paz y la armonía a las que contribuimos en un mundo transtornado. ¡Dejemos de lado la política!".

El Presidente de la 38 Asamblea Mundial de la Salud ha concluido su declaración con estas palabras: "Yo sé como todos vosotros que tenéis vuestras instrucciones que algunas de ellas provienen de decisiones políticas nacionales que se sitúan fuera de la salud, por lo tanto no soy ingenuo al haceros esta sugerencia. Pero querría proponer que si decidimos en conjunto evitar los problemas políticos que son mejor tratados en otras instituciones de las naciones Unidas, podremos volver a casa e informar a nuestras autoridades nacionales y abogar sinceramente en favor de la aceptación de nuestra resolución colectiva. La unidad y la armonía han hecho nuestra fuerza ¡mantengámosla!.

*El premio León Bernard se concede al Profesor Senault. AMSL/8 (14-V-1985).*

Por sus eminentes servicios en el campo de la medicina social, el Prof. Raoul Senault (Francia) ha recibido hoy de manos del Dr. Suwardjono Surjaningrat, Presidente de la 38 Asamblea Mundial de la Salud, el Premio y la Medalla de la Fundación León Bernard.

El Prof. Senault, que dirige la Delegación francesa a la 38 Asamblea mundial de la Salud, es actualmente profesor de salud pública en la Facultad de Medicina de Nancy. Durante sus 30 años de carrera en medicina social y salud pública se ha interesado en varias actividades: educación para

la salud, lucha antituberculosa, cáncer, alcoholismo, salud materno-infantil, contaminación atmosférica, así como estudios de epidemiología regional y de laboratorio aplicados a la salud pública para no citar más que algunos. Ha simultaneado siempre su trabajo hospitalario con actividades de medicina social. Desde 1961, es miembro del Consejo Superior de Higiene Pública en Francia, y de 1975 a 1984, del que ha sido vicepresidente.

Desde la creación del Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica (INSERM), ha presidido sucesivamente dos comisiones científicas especializadas, la de higiene del Ambiente y la de Medicina preventiva, Epidemiología y Salud pública.

De 1974 a 1976, el Profesor Senault presidió la Unión Internacional de Educación para la Salud, de la que es ahora Presidente de Honor, después de Clair Turner (Estados Unidos) y Jacques Parisot (Francia). Con su maestro, el Decano Jacques Parisot, el Prof. Senault participó en 1966 en los estudios preliminares en la creación, en Lorena, de un centro experimental de medicina preventiva. Al año siguiente aceptó la misión, con el Dr. H. Poulizac, de montar el centro del que se convirtió en Director General en 1969.

Más recientemente, el Prof. Senault ha constituido un grupo cooperativo de Estudios y de Investigaciones que agrupaba al departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, a la Oficina de Higiene Social y al Instituto regional de Observación sanitaria, social y económica y le ha dado por divisa "De la salud de la familia a la salud de la comunidad". Esta iniciativa atraerá la atención de la OMS que, en 1981, designó al grupo, colocado bajo la dirección del Profesor Senault, como Centro colaborador de la OMS para la salud en la Comunidad, en Nancy.

*Doce nuevos miembros al Consejo ejecutivo de la OMS. AMS/9 (15-V-1985).*

La 38ª asamblea Mundial de la Salud ha elegido hoy los doce Estados Miembros siguientes, habilitados a designar a una persona para que ocupe un escaño en el Consejo Ejecutivo de la OMS.

### **Lista por regiones y por orden alfabético.**

**Africa:** Lesoto.

**Américas:** Canadá, Cuba, Ecuador (x).

(x) Ecuador ha sido elegido en sustitución de los Estados Unidos de América que habían renunciado a su derecho de designación para los dos años restantes del mandato para el que habían sido elegidos. Esto ha permitido a los Estados Unidos prolongar un año su mandato primitivo de tres años y ajustar su ciclo normal de rotación dentro del Consejo.

**Asia del Sudeste:** Indonesia.

**Europa:** Republica Federal de Alemania, Malta, Polonia.

**Medit. Oriental:** Chipre, Yemen Democrático.

**Pacífico Occident.:** Australia, Tonga (xx).

Estas personas entrarán en funciones inmediatamente después de la clausura de la 38 Asamblea mundial de la Salud.

La composición del Consejo hasta el fin de la presente Asamblea mundial de la Salud es la siguiente, los nombres de los países cuyo mandato expira están en negrita.

**Africa:** Costa de Marfil, Etiopía, Ghana, Guinea, Guinea ecuatorial, Kenya.

**Américas:** Argentina, **Chile**, (Estados Unidos de América), Panamá, **Trinidad y Tobago**, Venezuela.

**Asia del Sudeste:** Indonesia, Nepal, Tailandia.

**Europa:** Bélgica, **Francia**, Hungría, Islandia, **Marruecos**, Reino Unido de G. Bretaña e Irlanda del Norte, **Unión de repúblicas Socialistas Soviéticas**.

**Mediterráneo Or.:** Djibuti, Egipto, **Irak**, **Pakistán**, República árabe siria.

**Pacífico Occidental.:** China, **Malasia**, República de Corea.

*El premio y la medalla A. T Shousha al Dr. Satti (Sudán). AMS/10 (15-V-1985).*

El Dr. Mohamed Hamed Satti (Sudán) ha recibido hoy de manos del Dr. Suwardjono Surganingrat, Presidente de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, el Premio y la Medalla de la Fundación Aly Tewfik Shousha que le han sido otorgados por su importante contribución a la solución de problemas sanitarios en el Mediterráneo oriental, región donde el Dr. Shousha ha servido a la OMS.

(xx) Tonga ha anunciado que renunciaba a su derecho de designación después de un año para permitir la elección de otro Estado Miembro de la Región del Pacífico occidental en la 39 Asamblea mundial de la Salud.



El Dr. Satti es actualmente director del Instituto de Investigaciones en Medicina Tropical del Consejo Sudanés de Investigaciones médicas. Desde el comienzo de su carrera médica, el Dr. Satti se interesó por diversos aspectos de la salud pública, en especial en las enfermedades transmisibles comprendidas la leishmaniosis, el paludismo, la viruela, la fiebre amarilla, la filariasis y la oncocercosis. Contra todas estas enfermedades, sostuvo una lucha encarnizada y sin tregua.

De 1963 a 1968, el Dr. Satti fué Director de los Laboratorios de Investigaciones Médicas Stack. Durante este periodo participó en la construcción de nuevos laboratorios de salud pública y en la fundación del Instituto del Cáncer. También contribuyó a la creación, en 1970, del Consejo nacional sudanés para la Investigación.

*La salud para todos y todos para la salud. Hacia una nueva alianza entre la OMS, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales. AMS/11 (15-V-19085).*

Una creciente asociación entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales (OMS) es indispensable para conseguir el objetivo de la Salud para Todos de aquí al año 2.000. La OMS tiene un papel crucial para promover, estimular y reforzar esta asociación. Estas son las principales conclusiones de las Discusiones técnicas que se han mantenido al margen de la Asamblea mundial de la Salud y que han tenido un éxito sin precedentes.

Cerca de 600 personas, comprendidos numerosos representantes de organizaciones nacionales no gubernamentales, han participado en estas discusiones sobre el tema de la colaboración con la ONG en la aplicación de la estrategia mundial de la Salud para Todos. Bajo la presidencia del Dr. Maureen Law (Canadá), las discusiones técnicas han sido objeto de dos sesiones plenarias y de tres sesiones en el seno de ocho grupos.

Las perspectivas de colaboración entre el ONE y los gobiernos, así como los obstáculos que aún deben ser superados, han sido estudiados y debatidos en detalle. Se ha destacado sobre todo que son con frecuencia el impulso creador a las organizaciones no gubernamentales y el apoyo a su acción.

### **Acción a nivel comunitario.**

Muchas ONG trabajan sobre todo o exclusivamente a nivel comunitario y por esto están más sensibilizadas a menudo acerca de las necesidades de la

población, sobre todo de las más desfavorecidas en el plano de la salud. Relativamente poco ligadas por el marco legislativo oficial, las ONG, tienen, en general, una agilidad que les permite probar soluciones nuevas para ciertos problemas de salud. Además, obtienen a menudo con un coste mínimo resultados notables que pueden servir de modelos para la planificación nacional.

Aún cuando estos dos días de discusiones intensas no hayan disipado todas las reticencias que suscita a veces, tanto de parte de los gobiernos como de las propias ONG, la perspectiva de tal colaboración, se ha dado indiscutiblemente un gran paso en el sentido de una mejor comprensión. Hasta el punto de que el informe final consagrado a estas discusiones técnicas, especialmente logradas, da cuenta en varias ocasiones del entusiasmo de los participantes ante la nueva oportunidad que se les ofrece de instaurar relaciones más eficaces entre las ONG, los gobiernos y la OMS.

Aún hay que tener cuidado de que este entusiasmo no decaiga ni se debilite. Importa, por el contrario, tomar inmediatamente medidas para explotarlo, subraya el informe, sobre todo esforzándose en los Estados Miembros en determinar el estado actual de las ONG y en definir lo que debe hacerse para reforzar la colaboración a todos los niveles. La OMS tomará, por su parte, nuevas medidas para ayudar y sostener tanto a sus Estados Miembros como a las ONG con las que trabaja de forma que esta nueva asociación esbozada en Ginebra en mayo de 1985 se convierta rápidamente en realidad.

Al desear la bienvenida a los participantes en las Discusiones técnicas el Dr. Mahler, Director general de la OMS, había destacado que esta reunión se celebraba en el momento en que millones de personas viven con el vientre vacío y sin esperanzas. Había puesto de relieve también la existencia de un clima de emoción particular que merece ser canalizado en el sentido de la atención primaria de salud. No ha podido más que regocijarse, con ocasión de la sesión de clausura de estas mismas discusiones, al comprobar la medida en que esta emoción había inspirado los trabajos de los participantes y el grado en que las partes contaban con la OMS para promover esta nueva alianza entre gobiernos y ONG, por la que el informe hace votos. El Director general, por su parte, ha recogido sin dudar la fórmula que se ha impuesto naturalmente como consecuencia de estas discusiones: "La salud para todos y todos para la salud".

*La medalla de la fundación Jacques Parisot atribuida al Dr. Menaruchi (Thailandia). AMS/12 (16-V-1985).*

Por sus trabajos sobre la elaboración de una metodología para programas sanitarios en el seno de la colectividad, se ha atribuido la Medalla de la

fundación Jacques Parisot al Dr. Anont Mearuchi (Thailandia). La Medalla le ha sido impuesta hoy por el Dr. Suwardjono Surjaningrat, Presidente de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud.

Gracias a la Bolsa de la Fundación Jacques Parisot, de la que se benefició en 1984, el Dr. Menaruchi ha podido llevar a cabo proyectos en pueblos de Ban Phat, distrito de la Provincia de Khon Kaen, en la Región Noreste de Thailandia.

Durante los últimos cinco años, el Dr. Menruchi se ha consagrado totalmente a la atención primaria de salud en su país. Ha realizado entre otras actividades, proyectos que sirven de demostración para la puesta en marcha de la atención primaria de la salud. Estos proyectos debían llevar a la creación de cooperativas de compra de medicamentos, de cooperativas nutricionales y sanitarias. Ha organizado programas de formación para religiosos, maestros y alumnos de primaria, subrayando la importancia de la promoción y de la educación sanitaria. Ha estudiado especialmente el papel de la comunicación para la salud a nivel del pueblo en el cuadro de la atención primaria de la salud.

*El Premio y la Medalla de la Fundación para la Salud del Niño se conceden a la Profesora Ocampo. AMS/13 (17-V-1985).*

Por sus servicios excepcionales en favor de la salud de los niños, la Profesora Perla Santos Ocampo (Filipinas) ha recibido hoy de manos del Dr. Suwardjono Surjaningrat, Presidente de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud, el Premio y la Medalla de la Fundación para la Salud del Niño.

La Profesora Ocampo ya ha recibido con frecuencia honores a lo largo de su carrera. Es autora de un centenar de publicaciones en el campo de la salud de los niños. Desde 1981, preside el Departamento de Pediatría de la Universidad de Filipinas. La calidad de la vida de los niños en Filipinas, y en otros países, ha sido mejorada como consecuencia de sus numerosos proyectos innovadores realizados en diversas colectividades. Creó, en 1982, un centro de salud para indigentes. Cuando fué secretaria de la Sociedad Médica de Manila, consiguió convencer al Ministro de Educación y de Cultura para fundar, en el marco del Hospital General de Filipinas, la primera escuela para niños que padecen afecciones crónicas.

Como presidente de la Asociación de Pediatría de Filipinas ha inaugurado un centro de asesoramiento de salud de los niños y ha movilizado a pediatras para facilitar a todos los niveles escolares el acceso de los niños a la atención sanitaria. Con ayuda del UNICEF ha organizado cursos para el personal de salud de las regiones desfavorecidas y desheredadas.

Viajando a través del país para motivar a todas las asociaciones federadas por la Asociación Médica de Filipinas que ella preside y a los 13.000 médicos miembros de la Asociación, ha contribuido más que nadie al establecimiento del programa de atención primaria de salud del Ministerio de Sanidad.

*La OMS y la crisis en Africa. AMS/14 (17-V-1985).*

Treinta y siete delegaciones han tomado la palabra para apoyar las actividades de la OMS en el cuadro de la asistencia sanitaria y médica en Africa durante un debate en la XXXVIII Asamblea Mundial de la Salud que se celebra actualmente en Ginebra.

Una resolución que pide a la OMS que continúe sus esfuerzos para remediar las consecuencias sanitarias de la sequía y del hambre en Africa se ha adoptado por unanimidad por la Asamblea.

"Más vale prevenir que curar" dice la sabiduría popular. No sorprende que la OMS actúe con este espíritu incluso cuando se trata de la situación excepcional de sequía y hambre que azota actualmente a la mayor parte del continente africano. Desde la apertura de la Asamblea, el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, había subrayado que la ayuda urgente no debería comprometer el desarrollo a largo plazo de infraestructuras sanitarias sólidas susceptibles de permitir a los países vulnerables hacer frente a todas las situaciones de crisis.

Esto no significa realmente que haya que renunciar a los socorros de urgencia. La OMS ha reaccionado, por otra parte, proporcionando ayuda sanitaria por valor de varios millones de dólares a una veintena de países de Africa además de las sumas inscritas en su presupuesto ordinario. Colabora estrechamente con la Oficina de las Naciones Unidas de Operaciones de urgencia en Africa, así como de los gobiernos donantes y con organismos de socorro no gubernamentales, a fin de actuar de modo que las necesidades vitales inmediatas sean satisfechas.

La OMS asume igualmente la responsabilidad de coordinar en el plano mundial los socorros de urgencia que se refieren a la ayuda sanitaria, teniendo en cuenta que "el camino más seguro de recuperación es velar porque se emprendan medidas a medio y largo plazo de desarrollo de infraestructuras sanitarias al mismo tiempo que las intervenciones de urgencia destinadas a salvar vidas humanas", para citar el informe del Director General a la Asamblea sobre este tema.

### **Una resolución elocuente.**

Subrayando la necesidad de una acción integrada que asocie medidas de urgencia con una perspectiva de desarrollo a largo plazo para resolver

eficazmente la crisis, la resolución adoptada "compromete a la comunidad internacional, comprendidos los donantes bilaterales, los órganos, organismos e instituciones especializadas de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales y otras a mantener vigorosamente sus esfuerzos de asistencia para atacar a la crisis de manera coordinada y concertada teniendo en cuenta la necesidad imperativa de asociar estas iniciativas y estos esfuerzos en una perspectiva de desarrollo a largo plazo".

La discusión ha dado la ocasión a numerosos países industrializados o no de exponer lo que han emprendido individualmente para ayudar a las poblaciones africanas. Italia recordó que ha emprendido un cierto número de proyectos, sobre todo en materia de agua y de saneamiento, mientras que Francia ha subrayado sus esfuerzos para ayudar a diversos países africanos a hacer frente a la sequía, en particular con ayuda de organizaciones no gubernamentales. China evocó la ayuda en alimentos y medicamentos que suministró a África, mientras que la India tenía en cuenta una contribución especial de su parte para luchar contra los efectos de la crisis actual; Cuba y Arabia Saudita describieron igualmente la ayuda que conceden a numerosos países africanos en diversos campos.

Los delegados de África han expresado su reconocimiento a la comunidad internacional y a todos los donantes. El representante de Burkina Faso, uno de los países africanos más afectados por la sequía se adhirió por su parte a la idea según la cual la ayuda de urgencia no debe hacer olvidar el desarrollo a largo plazo.

La OMS continuará pues aportando una ayuda sanitaria de urgencia a África, sobre todo acelerando su Programa ampliado de vacunación y su Programa de Lucha contra las enfermedades diarreicas para atacar ciertos problemas de salud que se derivan de la sequía. Como ocurre actualmente, la Organización se esforzará decididamente en responder, con los recursos limitados de que dispone, a una situación crítica de una amplitud sin precedentes que sobrepasa con mucho sus propias posibilidades o las de cualquier otra organización que actúe aisladamente, una situación que exige una acción racional y concertada a nivel mundial.

### **Ayuda al África austral.**

Como los problemas sanitarios, en África o en otras partes no están solo agravados por las catástrofes naturales sino también por los azares de la situación política, la Asamblea Mundial de la Salud ha sido inducida a aprobar una resolución de apoyo "a los países que son o han sido objeto de acciones de desestabilización dirigidas por África del Sur". Se tratará de continuar suministrándoles ayuda sanitaria, personal sanitario, productos farmacéu-

ticos y ayuda financiera para sus programas especiales de salud que las acciones de desestabilización han hecho necesarios para la restauración de sus infraestructuras sanitarias deterioradas. Los países que se benefician de esta ayuda especial son los siguientes: Angola, Bostwana, Lesoto, Mozambique, República Unida de Tanzania, Suazilandia, Zambia y Zimbawe.

*Clausura de la 38ª Asamblea Mundial de la Salud. El Presidente y el Director General piden insistentemente a los Delegados que se concentren sobre los problemas de salud. AMS/15 (20-V-1985).*

La 38ª Asamblea Mundial de la Salud ha terminado sus trabajos el 20 de mayo de 1985 en Ginebra con llamadas acuciantes lanzadas por su Presidente, el Dr. Suwardjono Surganingrat, y el Director General de la OMS, el Dr. Halfdan Mahler. Los dos han insistido en que las cuestiones políticas sean apartadas de la OMS, que debe concentrarse en la realización de la Salud para Todos de aquí al año 2000.

La Asamblea ha expresado de nuevo su confianza en las posibilidades de desarrollo de las poblaciones y en el papel dinámico que juegan las estrategias de la Salud para Todos para alcanzar este objetivo.

Como prueba de confianza, la Asamblea ha aprobado un presupuesto efectivo de 543,3 millones de dólares para 1986-1987. Este presupuesto preve un aumento de 4 por ciento para los fondos destinados a ser utilizados en los Estados Miembros, a pesar de un techo presupuestario (crecimiento cero) para la Organización en su conjunto. Añadiendo los fondos extrapresupuestarios, la OMS dispondrá de 1.000 millones de dólares para apoyar las actividades de salud en 166 Estados Miembros de los que 120 son países en desarrollo.

### **Política regional en materia de presupuestos por programas.**

La Asamblea ha aprobado la aplicación de una política regional en materia de presupuestos por programas para asegurar la utilización óptima de los recursos, porque el 70 por ciento del presupuesto regular de la OMS se emplea para actividades a nivel regional y nacional.

La Asamblea ha sido llevada por una misma preocupación de utilización óptima de los recursos, así como por su fé en el desarrollo humano, a decidir que los socorros de urgencia para aliviar a las poblaciones afectadas por la sequía y el hambre en Africa deben estar ligados al plan a largo plazo de desarrollo socioeconómico y de la salud en estos países.

La Asamblea ha decidido también reforzar el apoyo de la OMS a los paí-

ses que cooperan entre ellos, por su propia iniciativa, al desarrollo de la salud e implicar más que nunca a las organizaciones no gubernamentales para alcanzar el objetivo de la salud para todos como contrato social entre los gobiernos, las poblaciones y la OMS.

### **Cooperación técnica y económica entre países en desarrollo.**

La asamblea, por sugerencia del Director General ha apoyado la constitución de una masa crítica de líderes de la salud para todos. También se ha solicitado que los Estados Miembros, las Organizaciones internacionales, bilaterales, multilaterales y las agencias voluntarias se concentren en actividades que refuercen la cooperación técnica y económica entre países en desarrollo (CTPD/CEPD) con vistas a establecer una estrategia detallada para alcanzar este objetivo.

### **Las mujeres, la salud y el desarrollo.**

Un sentimiento general de inquietud predomina respecto a la lentitud de los progresos conseguidos en la realización de los objetivos del Decenio de las Naciones Unidas para la mujer, especialmente en lo que se refiere a las elevadas tasas de mortalidad materna, la frecuencia, y la gravedad de las repercusiones sobre la salud de ciertas prácticas, las inadecuadas condiciones del trabajo doméstico o asalariado, la frecuencia de la anemia nutricional, así como la de los matrimonios y embarazos precoces en los adolescentes. La Asamblea ha estimado que había que preocuparse sobre todo de proteger la salud de las mujeres y ha sugerido entre otras, campañas de información y de educación para intensificar la participación de las mujeres — que juegan un papel crucial en la salud y en el desarrollo — en la ejecución de la estrategia global de la salud para todos para el año 2000.

### **Prevención de la invalidez y readaptación de las personas incapacitadas.**

Se puso el acento en la prevención de la invalidez, especialmente gracias al Programa ampliado de Vacunaciones y al refuerzo de los programas de higiene del ambiente y de medicina del trabajo, así como de otros programas de salud. También se ha solicitado a los Estados Miembros que multipliquen las ocasiones en que las personas incapacitadas puedan participar en la vida comunitaria y en la toma de decisiones, ampliar las posibilidades de educación, de formación y de trabajo que se les ofrecen, facilitar la aceptación de estas personas por el conjunto de la población, desarrollar la información y la educación del público a fin de prevenir los accidentes que llevan

a la invalidez, y levantar todas las barreras que impiden a las personas incapacitadas llevar una vida social y económicamente productiva.

### **Prevención de la sordera y de los trastornos de la audición**

Unos 70 millones de personas en el mundo sufren sordera y al menos el 8 por ciento de la población de cada país tiene trastornos de la audición.

La mayoría de estos transtornos tienen causas que podrían prevenirse a nivel de los cuidados primarios de salud. Por otra parte, se han hecho grandes progresos en las técnicas de otorrinolaringología y de audiología. También, la asamblea ha pedido al Director General que haga estudiar "la extensión, las causas y las consecuencias de los trastornos de la audición y de la sordera en todos los países".

Deberán someterse a la 39ª Asamblea Mundial de la Salud propuestas que tiendan a reforzar las medidas de prevención y de tratamiento de estos trastornos.

### **Embarazo y madurez.**

Los embarazos precoces en las adolescentes inmaduras tienen efectos desastrosos en el mundo entero, sobre todo cuando ocurren en un contexto de pobreza, de analfabetismo, de subnutrición y en un ambiente malsano. Se ha solicitado a la OMS que aumente su colaboración con los Estados Miembros poniendo en marcha programas consagrados a los adolescentes en el marco de la atención primaria de salud, poniendo el acento en la información, la educación y la orientación. La misma resolución estimada a los Estados Miembros a preconizar el retraso del embarazo hasta que ambos padres, pero sobre todo la madre, hayan alcanzado su plena madurez.

### **Oncocercosis: extensión de la zona del Programa.**

La Asamblea ha celebrado el décimo aniversario del Programa de Lucha contra la oncocercosis. Varios millones de personas están afectadas en África por la oncocercosis o ceguera de los ríos. Hasta ahora el programa se extiende a siete países: Benin, Burkina Faso, Ghana, Costa de Marfil, Malí, Níger y Togo. El año próximo, otros cuatro países: Guinea, Guinea-Bissau, Senegal y Sierra Leona participarán en el programa.

Más del 90% de la región infestada comprendida en la zona del Programa actual está bien controlada. Las tierras que enmarcan los ríos se han declarado adecuadas al cultivo y a la reinstalación de las poblaciones que las habían abandonado a causa de la enfermedad.



### **Lucha antipalúdica.**

La Extensión del paludismo compromete la salud y el progreso en muchos países en vías de desarrollo. La lucha antipalúdica, con plena y activa participación de la comunidad, es esencial si se quiere impedir que esta situación se deteriore aún más. Esta lucha debería integrarse en los programas nacionales de Estados Miembros afectados: 1) que emprendan una evaluación inmediata de la situación del paludismo así como de las estrategias actuales de lucha, y 2) que planifiquen las actividades antipalúdicas utilizando tecnologías apropiadas con vistas a su integración en los programas de atención primaria de salud. La OMS continua apoyando la investigación de vacunas contra el paludismo.

### **Enfermedades no transmisibles crónicas.**

Una resolución pide a los países que promuevan estudios sobre el comportamiento de las poblaciones con vistas a prevenir y a luchar contra las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de pulmón, la diabetes mellitus, las afecciones respiratorias crónicas y otras enfermedades no transmisibles. Pide también al Director General que estimule y sostenga estudios en las colectividades para operaciones comunes de lucha contra ciertas enfermedades no transmisibles ligadas a factores de riesgo estrechamente dependientes de los modos de vida.

Esta resolución ha sido adoptada considerando que aparece cada vez más que varias enfermedades no transmisibles presentan características comunes, por ejemplo, el papel del uso del tabaco y de otros hábitos de vida, en su producción y en su agravación. Los efectos nocivos del tabaco se han evocado varias veces durante los debates de la Asamblea.

### **Incorporación de Israel a la Región europea.**

La Asamblea ha decidido que Israel sea incorporado a partir de ahora a la Región europea. Este Estado Miembro estaba incorporado en la actualidad a la Región del Mediterráneo Oriental.

### **Otras Resoluciones.**

La Asamblea ha tomado nota del informe del Comité especial de expertos encargado de investigar las condiciones sanitarias en los territorios árabes ocupados. Ha confirmado el derecho del pueblo palestino de no depender de los servicios sanitarios suministrados por las autoridades de ocupa-

ción, sino tener sus propias instituciones médicas y sociales.

En otra resolución, la Asamblea ha comprobado que los esfuerzos para mejorar la salud pueden estar seriamente comprometidos por medidas coercitivas económicas, comerciales o políticas tales como las restricciones al comercio, los bloqueos, los embargos y otras sanciones.

### **"Salud para todos" y "Deporte para todos".**

El Sr. Juan Antonio Samaranch, Presidente del Comité Olímpico Internacional (COI) ha anunciado a la Asamblea que el COI y la OMS habían iniciado una colaboración para hacer del año 2000 un año de victoria para la salud y el bienestar en todas partes del mundo.

### **Premios concedidos en la Asamblea Mundial de la Salud**

- Medalla y Premio de la Fundación León Bernard.—Prof. Raoul Senault (Francia).
- Medalla y premio de la Fundación A.T. Shousha.— Dr. Mohamed Hamed Satti (Sudán).
- Medalla y premio de la Fundación para la Salud del Niño.— Prof. Perla Santos Ocampo (Filipinas).
- Medalla de la beca de estudio de la Fundación Jacques Parisot.— Dr. Amant Henaruchi (Thailandia).
- Premio Sasakawa para la Salud.— Dr. Jesús Azurin (Filipinas), Dr. David Bersh Escobar (Colombia), Sociedad Rural para Educación, Bienestar y Acción (India).

### **Discusiones técnicas.**

Al margen de la Asamblea Mundial de la Salud, las discusiones técnicas consagradas este año a "la colaboración con las organizaciones no gubernamentales en la aplicación de la estrategia mundial de la salud para todos" han tenido lugar bajo la presidencia general del Dr. Maureen H. Law (Canadá) y con la participación de 566 personas, muchas de las cuales representaban a organizaciones no gubernamentales.

La conclusión dominante de las discusiones técnicas ha sido que es indispensable una mayor asociación entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales para alcanzar la Salud para Todos de aquí al año 2000. Se ha reconocido generalmente que se había elegido el momento especialmente bien para intensificar esta asociación sobre la base de la comprensión mutua, de la identificación de los papeles adecuados, de la

complementaridad de las intervenciones, del aprendizaje por la acción y de una completa cooperación. La OMS tiene un papel crucial que jugar para promover, estimular y reforzar esta asociación.

*En el tercer mundo también las estructuras de mortalidad cambian. Aparición del nuevo Anuario de la OMS (1984) de Estadísticas Sanitarias mundiales. OMS Información, Diciembre 1984, n° 91.*

por Peter Ozorio.

Los 16 países en desarrollo de la Región de la OMS del Pacífico occidental han notificado, en 1980, más fallecimientos debidos a enfermedades más propias habitualmente de los países ricos que a enfermedades infecciosas y parasitarias.

Se estima que un 32% —2,9 millones— de fallecimientos registrados en estos países se ha debido a enfermedades del sistema circulatorio y a otras enfermedades degenerativas, como la diabetes, úlceras de estómago y cirrosis, que figuran entre las principales problemas del mundo industrializado.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias que son en conjunto, las más mortales en el tercer mundo son responsables de alrededor del 25% —2,6 millones— de todos los fallecimientos notificados por los 16 países, que constituyen la proporción más fiable de todas las regiones en desarrollo. Este resultado se atribuye principalmente a la disminución de la mortalidad debida a estas enfermedades en el mayor de los países de la Región de la OMS del Pacífico occidental — China.

Estas cifras figuran en el **Anuario de estadísticas Sanitarias mundiales, 1984** de la OMS, que da las tasas de mortalidad por 150 causas de muertes, más la estimación de tasas de mortalidad infantil y la esperanza de vida para África, América, Sudoeste de Asia, Europa, Mediterráneo oriental y Pacífico occidental, que constituyen las 6 regiones geográficas de la OMS.

Este Anuario de 400 páginas, que acaba de aparecer, proporciona igualmente datos sobre la morbilidad (número de casos) debida a las principales enfermedades infantiles en el mundo: difteria, rubeola, tosferina, poliomielitis, tétanos, tétanos neonatal y tuberculosis.

"Se espera que la difusión de estas informaciones incitará a los países a utilizar estos datos para identificar sus necesidades sanitarias y mejorar la gestión de sus servicios de salud" señala el informe.

Aparece a continuación el número estimativo de muertes debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias en otras regiones en desarrollo.

- 50%, 3,5 millones, del total de defunciones en África.
- 45% en las regiones del Mediterráneo oriental y del sudoeste de Asia - 1,8 y 6,7 millones, respectivamente.
- 31%, un millón, en América Latina y Las Antillas.

El Anuario señala que estas diferencias en las estructuras de mortalidad "muestran que hay que evitar considerar en bloque y sin examen crítico los problemas de salud de todas las regiones en desarrollo, y señalan la necesidad de una evaluación más rigurosa de los problemas de salud de las regiones".

### **Total de fallecimientos.**

Se estima en 50 millones el número de muertes producidas en 1980 por todas las causas; por región:

Sudoeste de Asia, 15,5 millones de defunciones; Pacífico occidental, 10,5 millones; Europa, 8,5 millones; África 7,2 millones; América 5,2 millones y Mediterráneo oriental, 3,9 millones; la estructura de la mortalidad por edad es la siguiente:

- En los países en desarrollo, la mayoría de las muertes se han producido en menos de 15 años, 60% en las regiones de África y Mediterráneo oriental; más de 50% en Asia del sudeste; y 40% en América latina y las Antillas.

Para los 16 países en desarrollo de la región del Pacífico occidental, esta cifra es inferior al 20%, y es una vez más debido a los progresos realizados por China en la disminución de la mortalidad debida a las enfermedades infecciosas y parasitarias que matan sobre todo a los niños.

En los Países desarrollados, la mayoría de los fallecimientos —de 65 a 70%— se producen en personas de más de 65 años, mientras que en los países del tercer mundo, las muertes en este grupo de edad representan del 25 al 40%.

### **Mortalidad infantil.**

Las tasas de mortalidad infantil, es decir las muertes producidas antes del año, van de 6 a 8 muertes por mil nacidos vivos en Japón, Países Bajos y países nórdicos, a más de 100 en la mayoría de los países africanos y de numerosos países de Asia. De todos modos, las cifras en la mayoría de los países africanos muestran una baja de más del 20 por mil en relación al decenio precedente. Entre las cinco tasas más bajas en el mundo en el curso 1980-1985, se puede hacer notar:

- En Africa: Mauricio y la Reunión, 42 muertes por 1000 nacidos vivos, Cabo verde, 77, Zimbawe, 83; y Botswana, 87.
- En América Latina y las Antillas; Puerto Rico, 17 muertes por 1000 nacidos vivos; Costa Rica, Cuba y la Martinica, 20 cada una; Barbados y Guadalupe, 23 cada una.
- En el sudeste de Asia: República Democrática Popular de Corea, 32 muertes por mil nacidos vivos; Sri Lanka, 38; Mongolia, 50; Thailandia, 51 e Indonesia, 87.
- En el Pacífico occidental; Singapur, 11 muertes por 1000 nacidos vivos; Hong Kong, 12; Fidji, 28; Malasia y República de Corea, 29; China, 38.

En los países desarrollados: Finlandia, Suecia e Islandia, 7 muertes por mil nacidos vivos; Dinamarca, Noruega, Países Bajos y Japón, 8.

Algunas otras cifras de mortalidad infantil: Inglaterra y País de Gales, 11 muertes por mil nacidos vivos; Francia, 10; Canadá, 11; Estados Unidos, 12.

### **Esperanza de vida.**

Es Japón donde la esperanza de vida es más elevada tanto para los hombres, 74,5 años, como para las mujeres, 80,2 años, indica el Anuario de la OMS.

Grecia ocupa el segundo lugar para la esperanza de vida de los hombres, que es de 73,6 años, seguida de Hong Kong, 73,5; Suecia y Países Bajos, 72,8.

Hong Kong ocupa el segundo rango en lo que se refiere a la esperanza de vida de las mujeres, 79,9; seguido de Noruega, 79,8; Países Bajos, 79,7 y Suecia, 79,6. Hong Kong es la única región del tercer mundo cuya esperanza de vida se sitúa al mismo nivel que los países industrializados, es decir, entre los cinco primeros, tanto para los hombres como para las mujeres.

En el último decenio es Vietman quien ha registrado el aumento más fuerte de esperanza de vida, 8,5 años; le sigue China, 8,3 años, Jordania, 7,6 y la República árabe de Siria, 7,3.

### **Causas de fallecimientos determinadas.**

Aunque las cifras de mortalidad global se dan de la misma manera para los países en desarrollo y los países industrializados, el Anuario proporciona una lista de tasas de mortalidad corregida según la edad por determinadas causas de fallecimiento, en 30 países, principalmente industrializados. Algunos hechos sobresalientes:

— **Enfermedades isquémicas del corazón:** La tasa de mortalidad por crisis cardíaca, según la edad, para los hombres y para las mujeres varía de un máximo de 300 por cien mil personas en Escocia a un mínimo de 49 en Japón.

Entre las 5 tasas más elevadas, se hacen notar Irlanda y Finlandia, que notifican cada una 280 muertes por 100.000, seguidas de Checoslovaquia, 270 y Nueva Zelanda, 267.

Otros ejemplos: Suecia con 264 muertes por cien mil; Estados Unidos, 250; Inglaterra y País de Gales, 244; entre las tasas menos elevadas, la República Federal de Alemania, 166; Italia 129 y Francia, 75.

— **Cánceres de todo tipo:** Las tasas de mortalidad por cáncer, corregidas según la edad, para hombres y mujeres, varían de un máximo de 256 por cien mil personas en Luxemburgo, a un mínimo de 113 en Puerto Rico.

Entre las 5 tasas más elevadas, se encuentra en el segundo rango Hungría, 244 muertes por cien mil; le sigue Escocia con 238 y Bélgica y Checoslovaquia con alrededor de 230.

Otros ejemplos: Inglaterra y País de Gales, 215 muertes por cien mil; Francia, 205; Canadá, 202; Estados Unidos, 192; entre las tasas menos elevadas, Japón, 163; Kuwait, 150; Bulgaria, 149; y Mauricio, 124.

— **Cáncer de pulmón:** Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, corregidas según la edad, para los hombres y para las mujeres, varían de un máximo de 70 por cien mil personas en Escocia a un mínimo de 22 en Suecia.

Entre las 5 tasas más elevadas figuran, en el segundo rango, Inglaterra y País de Gales, más Países Bajos que registran cada una entre 56 y 57 muertes por 100.000 personas, seguida de cerca por Bélgica, 53,7. Canadá y Estados Unidos así como Dinamarca, Checoslovaquia, Hungría y Luxemburgo indican todos ellos unas tasas de muertes de 50 por cien mil.

Entre las tasas más bajas, figuran Noruega con 24 y Japón con 23.

Las cifras para las mujeres canadienses muestran una progresión regular de tasa de muerte por cáncer de pulmón de 18,1 en 1979 a 22 por cien mil en 1982, lo que corresponde a un aumento de 20% de fallecimientos en 4 años, es decir el doble de la de hombres en Canadá.

— **Alcoholismo:** Las tasas de mortalidad por cirrosis, corregidas según la edad para los dos sexos, varían de un máximo de 33 por cien mil personas en Italia, a un mínimo de 4 en Inglaterra y País de Gales.

Entre las 5 tasas más elevadas, figuran en el segundo rango las de Hungría, 31,7 por cien mil personas, seguida de Francia 28,2; Austria, 27,2 y Yugoslavia, 24,4.

Otros ejemplos: República Federal de Alemania, 22,8; Checoslovaquia, 20,3; Japón, 15,6; Estados Unidos, 15,5; Canadá, 11,9; y entre las tasas menos elevadas figuran Noruega, 4,4; Irlanda, 4,7; y Países Bajos, 5,9.

— **Accidentes:** Las tasas de muertes por accidentes, corregidas según

la edad, para los dos sexos, varían de un máximo de 23,4 por cien mil personas en Yugoslavia a un mínimo de 8,8 en Suecia.

Entre las 5 tasas más elevadas figuran en el segundo rango Austria, que indica una tasa de 23,1 por cien mil; seguida de Estados Unidos, 21,4; Australia, 21,3 y Nueva Zelanda, 20,6

Otros ejemplos; Bélgica, 21,2; Francia 19,7; república Federal de Alemania, 16,2; Canadá, 15,5; y entre las tasas menos elevadas, Suecia, 8,8; Inglaterra y País de Gales, 9,7; y Japón, 10,7.

### **Enfermedades infantiles.**

La incidencia por región, de enfermedades infantiles notificadas a la OMS, es la siguiente:

— **Rubeola:** Aproximadamente dos millones de casos notificados por 137 países. 660.000 casos notificados en la región del Pacífico occidental; 630.000 en Africa; 230.000 en Asia sudoeste; 200.000 en el Mediterraneo oriental; 190.000 en Europa y 130.000 en América.

— **Tuberculosis:** Aproximadamente 1,6 millones de casos notificados por 114 países. 750.000 (cerca de la mitad) en el sudoeste de Asia; 420.000 en el Mediterraneo oriental; 205.000 en Africa; 175.000 en el Pacífico occidental; 30.000 en América y 15.000 en Europa.

— **Tos ferina:** Aproximadamente 1,1 millones notificados por 135 países. 335.000 en el Pacífico occidental; 305.000 en el sudoeste de Asia; 180.000 en Africa; 120.000 en el Mediterraneo oriental; 85.000 en América y 60.000 en Europa.

— **Tétanos:** Aproximadamente 75.000 casos notificados por 127 países. 50.000 en el sudoeste de Asia; 9.000 en Africa, 7.000 en el Pacífico occidental; 4.000 en el Mediterraneo oriental; 3.700 en América y 300 en Europa.

— **Difteria:** Aproximadamente 53.000 casos notificados por 120 países. 20.000 en Asia sudeste; 18.000 en el Pacífico occidental; 7.000 en el Mediterraneo oriental; 3.800 en América; 1.500 en Africa y 140 en Europa.

— **Poliomielitis:** Aproximadamente 37.000 casos notificados por 124 países. 16.000 en Asia sudoeste; 9.000 en el Pacífico occidental; 7.000 en el Mediterraneo oriental; 3.000 en Africa; 800 en América y 250 en Europa.

— **Tétanos neonatal:** Aproximadamente 6.000 casos notificados por 51 países. 2.000 en Asia sudoeste; 1.500 en Africa; 1.400 en el Mediterraneo oriental; 800 en América; y 50 en el Pacífico occidental; ningún caso de tétanos neonatal ha sido notificado en Europa en 1982.

Aunque el número de países que notifican estas enfermedades ha aumentado, el Anuario indica que la notificación de la mayoría de las enfermedades es "notoriamente incompleta".

Por ejemplo, aunque los países que notifican el tétanos neonatal —debido a la falta de higiene en la manera de seccionar el cordón umbilical— son cada vez más numerosos, los expertos estiman que la notificación no representa más que un dos a cinco por ciento del conjunto de los casos.

Por otra parte, aunque el número de fallecimientos por tétanos neonatal en el mundo se estima en un millón aproximadamente, al anuario de la OMS señala que "hasta época reciente la mayoría de los programas de vacunación no daban prioridad a la inmunización de las mujeres contra el tétanos, y sólo algunos países notificaban por separado el tétanos neonatal".

Aunque muy debil aún, la notificación de casos de rubeola es mejor "tres por ciento de los casos aproximadamente"; así como la de la poliomielitis, "entre uno y 26%".

"Es indispensable documentar los éxitos para mantener el apoyo pacífico y financiero concedido al programa de vacunación, y los fracasos para orientar las medidas correctivas" señala el Anuario de la OMS.

*No apretar el cinturón pero hacer lo posible para que esté bien sujeto. El director General presenta el proyecto de presupuesto. Programa para el ejercicio 1986-1987. Información de la O.M.S. n° 93 (Abril 1985).*

"Una programación ligera en un marco político bien definido y bajo un estricto control presupuestario". Esa es la forma en que el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la O.M.S., resume el proyecto de presupuesto programá para 1986-1987, que presentará en la 38 Asamblea Mundial de la Salud que se abrirá en Ginebra el 6 de mayo de 1985.

"Deben tomarse medidas draconianas, en los países y en la O.M.S., si queremos conseguir nuestro objetivo, a pesar de las incertidumbres políticas y económicas", añadió el Dr. Mahler, antes de detallar las cifras que prevén el presupuesto programa de 554 millones de dólares sin crecimiento real con relación al de 1.984-1985.

### **Sobre un fondo de tensiones políticas y crisis económica.**

Con una concisión impresionante, el Dr. Mahler subraya ante todo que las tensiones políticas y los conflictos armados que existen en numerosas regiones del mundo podrían tener "un resultado tan catastrófico que todos los objetivos sociales, incluida la salud para todos en el año 2000, aparecerían a los supervivientes como sueños delirantes de espíritus románticos desde hace tiempo fosilizados.

Haciendo ver después de una evolución de la situación económica des-



de la preparación del anterior presupuesto programa (1984-1985), había una ligera mejora para los países desarrollados, mientras que los países en desarrollo tienen grandes dificultades, el Director General constata que "aquellos que deciden la suerte de los pueblos que gobiernan tienen demasiada tendencia a descuidar los problemas del desarrollo humano", inclinandose a "soluciones económicas mezquinas". Por tanto, observa, "el hombre no vive solamente de la renta por habitante y el desarrollo debe probarse en términos sociales. Debe enardecer a la gente, estimular su creatividad, promover su autorresponsabilidad y mejorar sin cesar sus condicionantes de vida y su calidad de vida. En eso lo que se propone la estrategia de la salud para todos".

Recordando que se han tomado medidas draconianas inmediatas para tratar de mejorar la situación económica de los países en vías de desarrollo, pero que no se ha formulado seriamente ninguna solución a largo plazo, el Dr. Mahler compara esta situación con la que prevalece en el terreno de la salud. Allí, por el contrario, una estrategia a largo plazo ha sido, no solamente planeada, sino que ha sido "unánimemente adoptada por los gobernantes que representan a la casi totalidad del género humano, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, por numerosas instituciones que no tienen necesariamente una relación directa con la salud y por un número creciente de organizaciones no gubernamentales, por organismos benéficos y por "cabezas pensantes" en el mundo entero.

Queda aplicar esta estrategia de la salud para todos en el año 2000. La O.M.S. debe tomar para ello medidas enérgicas, dice el Dr. Mahler. Esta es la razón por la que ha decidido proponer un presupuesto programa cuyo techo está mantenido, en términos generales, al mismo nivel que en 1984-1985, a pesar de la admisión de seis nuevos Estados Miembros, lo que nos lleva a un total de 165 Miembros de la O.M.S. "Espero sinceramente que los Gobiernos, así como el personal de la O.M.S., comprenderán bien estas medidas presupuestarias y que estarán convenientemente reflejadas en las actividades programáticas, para que pueda alcanzarse la meta, inquebrantablemente perseguida de la salud para todos en el año 2000", escribe el Dr. Mahler.

Descentralización y vigilancia en la utilización de los recursos de la O.M.S. en las regiones, son las dos ideas-fuerza que presidieron la elaboración del proyecto del presupuesto programa para el ejercicio 1986-1987.

### **Reforzar las capacidades nacionales.**

El Director General recuerda que el séptimo programa general de trabajo de la O.M.S. para el período 1984-1989, ha llegado a ser operativo el pa-

sado año y que se trata del primero de los tres programas generales que tienen como fin, aportar a los Estados Miembros el apoyo de la O.M.S. para la instauración de la salud para todos en el año 2000. De una manera general, el apoyo dado a los países para la elaboración y la puesta en marcha de las estrategias nacionales de la salud para todos, debe basarse en una utilización óptima de los recursos de la O.M.S. El Director General insiste en este punto, así como en la necesidad para los países de tomar ellos mismos en sus manos su estrategia, sobre todo para valorar y sacar conclusiones con el fin de mejorarla.

El refuerzo de las capacidades nacionales está por otra parte en el núcleo de los objetivos del presupuesto programa. Nuevas disposiciones han sido introducidas para dar a los gobiernos la responsabilidad de la utilización de los recursos de la O.M.S. en sus países, con la condición que sea para actividades conformes con las políticas nacionales y con las políticas adoptadas colectivamente por los Estados Miembros de la O.M.S., precisó el Dr. Mahler. De ahí, la necesidad para los gobiernos de comprobar la buena utilización de los recursos de la O.M.S. sobre la base, por ejemplo, del grado de realización de los fines fijados. Por este motivo, las oficinas Regionales de la O.M.S. deben ser los centros de coordinación encargados de asegurar un apoyo a los distintos países.

### **Objetivos para 1986-1987.**

Teniendo en cuenta las consideraciones que preceden el proyecto del presupuesto programa para 1986-1987, considera los objetivos siguientes:

- 1º.— Reforzar las capacidades nacionales para preparar y poner en marcha las estrategias nacionales de la salud para todos en el año 2000, privilegiando el desarrollo de una infraestructura sanitaria juiciosamente concebida.
- 2º.— Centrar los esfuerzos de cooperación técnica sobre las actividades que apoyan los elementos esenciales de estrategias nacionales bien definidas de la salud para todos, o sobre la elaboración de tales estrategias allí donde ellas no existen.
- 3º.— Constituir masas críticas de jefes de fila de la acción para la salud para todos en los países de la O.M.S., en las instituciones bilaterales y multilaterales y en las organizaciones no gubernamentales y benéficas.
- 4º.— Promover el abanico de actividades de búsqueda y desarrollo requeridas para proseguir la preparación y la puesta en marcha de estrategias nacionales de la salud para todos.
- 5º.— Hacer de forma que las informaciones válidas requeridas para preparar y poner en marcha las estrategias nacionales de la salud para to-

dos lleguen a todos los que las necesiten y según sus necesidades y les ayuden a observar estas informaciones.

- 6°.— Promover una utilización coordinada y óptima de los recursos por los gobiernos, las instituciones bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales y benéficas, para la preparación y la puesta en marcha de las estrategias nacionales de la salud para todos en los países en desarrollo.

Las dos novedades mayores, que el Dr. Malher puso en evidencia, son del acento puesto en la cooperación técnica sobre la estrategia de la salud para todos y la constitución de una masa crítica de jefes de fila en la materia.

### **Realización de los objetivos.**

Uno de los medios de realizar estos objetivos será el de poner el acento sobre el desarrollo del personal de salud, o sea adaptar la formación de los agentes de salud y de los puestos que ocuparán a las necesidades de la comunidad. Como resaltó el Dr. Mahler, "a pesar de que la existencia de una masa crítica de personas capaces de concebir y de ejecutar estrategias nacionales de la salud para todos sea un factor importante, no hay en el mundo entero ni un sólo centro-universidad, escuela de salud pública u otro centro de formación que prepare una formación en este campo". La intención del Director General es pues plegarse a los recursos previstos en el presupuesto programa para 1986-1987, a todos los niveles, con el fin de crear cursos de dirección de la acción de la salud para todos.

Como en 1984-1985, cerca del 33% del presupuesto será consagrado a la infraestructura de los sistemas de salud, del que un 11% es para el desarrollo del personal de salud, al que el Director General atribuye una importancia crucial. La promoción de la salud verá aumentar su parte en un 1%, pasando del 18 al 19% del presupuesto total, lo que será equilibrado con una reducción de los créditos afectados a los servicios de apoyo administrativo y financieros. A pesar del presupuesto programa de crecimiento cero, las ayudas a los países para 1986-1987, se beneficiarán con un aumento real del 4%, gracias a los recortes reales efectuados en otros capítulos.

Para llegar a un mejor control de los recursos efectivos de la O.M.S., que preconiza el Director General propone que cada Región defina una política regional de presupuesto programa, con el fin de asegurar la utilización óptima de estos recursos en vista de la instauración de la salud para todos. Propone igualmente un procedimiento de vigilancia de la utilización de los recursos de la O.M.S. en las Regiones, con el fin de poner en evidencia lo que se ha obtenido una vez hechos los gastos. Una tal comprobación podría in-

cluso extenderse a nivel de los países, teniendo en cuenta, como debe ser, la soberanía nacional y la responsabilidad internacional.

Reconociendo que algunas medidas propuestas en el presupuesto programa podrían efectivamente parecer draconianas, el Dr. Mahler concluyó su introducción con estas palabras:

"No se trata de apretarse el cinturón, sino de hacer lo posible por que esté bien sujeto, sin juegos inútiles".

*Discusiones técnicas de la Asamblea mundial de la Salud 1985. Las organizaciones no gubernamentales en primer plano. Información OMS/mayo 1985/nº 94.*

La OMS tiene relaciones oficiales con más de 130 organizaciones no gubernamentales, cuya contribución para la puesta en marcha de la estrategia mundial de la salud para todos podría ser decisiva.

¿En qué medida los gobiernos están dispuestos a considerarlas como compañeros indispensables para la ejecución de sus estrategias de la salud para todos y hasta qué punto estas mismas ONG están prestas a asociarse al esfuerzo internacional y mundial iniciado con este fin?. Tales son las dos principales cuestiones que deberán examinar los representantes de los gobiernos y de las ONG en el curso de las discusiones técnicas que llevarán a cabo en la 38ª Asamblea Mundial el 10 y 11 de mayo de 1985.

Las tradicionales discusiones técnicas que se desarrollan al margen de las deliberaciones oficiales de la Asamblea Mundial de la Salud, se centran este año bajo el lema de "la colaboración con las organizaciones no gubernamentales en la aplicación de la estrategia mundial de la salud para todos".

Serán presididas por el Sr. D. Mechai Viravaidya, que es al mismo tiempo gobernador de la Alta Autoridad de los Servicios de las aguas de Tailandia y Secretario General de la Asociación tailandesa para la población y el desarrollo comunitario. Estará pues especialmente bien situado para dirigir los debates sobre uno de los temas que estarán en el centro de estas discusiones técnicas: el de las relaciones que tratamos de promover y de mejorar entre los poderes públicos de los distintos países y las organizaciones no gubernamentales, cuya contribución a la puesta en marcha de las estrategias nacionales de la salud para todos podría ser decisiva.

### **Un potencial explotado insuficientemente.**

El año 2000 se aproxima a grandes pasos. Como este es también el plazo que se fijó en la OMS para conseguir su objetivo, tan ambicioso como uni-

versal, de la salud para todos, no hay por tanto que perder el tiempo. Es importante que los Estados Miembros sigan las recomendaciones de la Asamblea de 1981 que, después del lanzamiento de la estrategia mundial, les invitaba a "movilizar a las gentes de todos los estados y condiciones a nivel individual, familiar, colectivo, así como a todas las categorías de personal sanitario, organizaciones no gubernamentales y a otras asociaciones implicadas".

Conviene recordar en este sentido que "la salud para todos en el año 2000" no significa que no habrá en esta fecha ni enfermos ni disminuidos, o que los médicos y enfermeras podrán ocuparse de todos, sino que los recursos disponibles se repartirán equitativamente y que las atenciones de salud esenciales serán accesibles a todos, con la participación completa de la colectividad. Siendo la salud por otra parte la función esencial para el conjunto del desarrollo humano, que comprende el bienestar físico, mental, social y espiritual, ¿quién mejor que las organizaciones no gubernamentales podría ayudar a los gobiernos a conseguir sus objetivos en este terreno?. Porque aunque la expresión "organización no gubernamental" se refiere con frecuencia a organizaciones internacionales y nacionales reputadas, abarca también a numerosos grupos menos oficiales de poblaciones locales: asociaciones benéficas de salud, grupos de ayudas mutuas, cooperativas, asociaciones femeninas, movimientos juveniles y otros. Los grupos que se constituyen para obtener mejores condiciones de alojamiento, un mejor abastecimiento de agua, o sea, objetivos puramente sociales, pueden sin ninguna duda contribuir a la salud para todos. Lo importante es que la colectividad esté activamente asociada a su propio perfeccionamiento, porque las atenciones de salud no pueden ser conseguidas como un regalo.

La colaboración entre la OMS y la ONG se remonta a la Primera Asamblea Mundial en 1984. Por lo que concierne a los gobiernos, si algunos se aprovechan de las ventajas que representan las ONG para llevar a cabo sus políticas sanitarias hay muchos otros que no lo hacen. El fin de las discusiones técnicas de este año es precisamente estudiar los mecanismos de una colaboración más estrecha, conocer y afrontar los obstáculos y las lagunas, así como indicar los medios de acción susceptibles de ser puestos en marcha en un futuro inmediato.

### **Retencencias que vencer.**

¿En qué medida los gobiernos están dispuestos a considerar a las organizaciones no gubernamentales como asociados indispensables para la ejecución de las estrategias de la salud para todos y hasta que punto estas mis-

mas ONG están dispuestas a asociarse al esfuerzo nacional y mundial emprendido con este fin?. Tales son dos de las principales cuestiones que deberán examinar los representantes de los gobiernos y de las ONG, con motivo de las discusiones técnicas. Esta asociación entre los gobiernos y las ONG, por la que la OMS hace votos, no es tan sencilla, ya que existen reticencias por ambas partes. Los poderes públicos pueden por ejemplo, dudar de qué actividades "independientes" de las ONG sean prioritarias a la acción sanitaria que ellos han planificado cuidadosamente. Es bien conocido por otra parte que los organismos voluntarios no desean ninguna forma de ingerencia de los gobiernos en sus asuntos y conservan celosamente su independencia.

Una consulta a todos los niveles es, pues, necesaria para allanar los escollos y evitar herir susceptibilidades. Esta misión podría ser confiada a un órgano nacional permanente, preferentemente oficial, especialmente constituido para armonizar la acción de las organizaciones no gubernamentales con el plan de acción nacional a favor de la salud para todos. Existen un cierto número de países en los que este proceso de consulta y de cooperación comienza a funcionar muy bien. En ciertos países de Asia, las ONG han constituido incluso una asociación nacional de organismos voluntarios que trabajan en grupo para dar consejos y proporcionar una ayuda para la puesta en marcha de planes nacionales. Es interesante constatar que allí donde el principio de una colaboración ha sido admitido, los poderes públicos se han dado cuenta de que las organizaciones no gubernamentales son para ellos unos aliados muy útiles, ya que los fondos que ellas colectan y el personal benéfico que trabaja para ellos completan los recursos nacionales. Ellas están por otro lado próximas a la población, atentas a sus necesidades y capaces de reaccionar rápidamente.

### **¿Que papel para la OMS?**

La OMS mantiene relaciones oficiales actualmente con más de 130 ONG internacionales. Las asociaciones internacionales de profesionales, universitarios tecnólogos y técnicos constituyen, por ejemplo, un canal por el que pasa un raudal bilateral de comunicaciones entre los especialistas que trabajan sobre el terreno y la OMS. Son por otra parte una fuente de consultores fácilmente asequible para los gobiernos nacionales y la OMS cuando se trata de estudiar algunos problemas especiales.

Grupos de ONG se asocian cada vez con mayor frecuencia con la OMS para emprender actividades de colaboración en terrenos como la atención primaria, la alimentación de los niños, la salud maternal e infantil, la planificación familiar, la prevención de la ceguera, la salud de los ancianos, el abu-

so del alcohol y las drogas, la readaptación de los disminuidos y la prevención de accidentes.

Una vez que los gobiernos y las ONG se hayan puesto de acuerdo en lo referente a su colaboración y forjadas las relaciones con el fin de emprender acciones conjuntas o complementarias en el marco de la estrategia de la salud para todos, la OMS definirá claramente el apoyo que ella prestará a nivel nacional, regional y mundial.

En 1981, la OMS ha lanzado, como una experiencia, una iniciativa que trata de promover y sostener una colaboración eficaz entre los gobiernos y los ONG nacionales con el apoyo de los ONG internacionales. Esta experiencia, que está muy avanzada en algunos países, debe proporcionar indicaciones útiles para una acción futura en favor de este diálogo que debe establecerse y continuarse entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales.

El papel exacto que debe jugar la OMS en este sentido se examinará en las discusiones técnicas. Como "jefe de orquesta" de la estrategia de la salud para todos en el año 2000, la OMS será sin ninguna duda, llamada a jugar un papel esencial promoviendo, sosteniendo y favoreciendo tal asociación, para permitir a cada país la consecución de los objetivos que se haya fijado en el marco de esta estrategia.

*La seguridad de los productos alimenticios: un problema mundial de salud pública.* De Punto en Punto n° 28/1985.

A pesar de los progresos de la tecnología moderna, mantener la seguridad de los productos alimenticios sigue siendo un problema de sanidad en el mundo entero. Las enfermedades causadas por alimentos contaminados constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo en desarrollo y afectan a millones de personas en todos los países.

Aunque existen pocas cifras exactas, la OMS estima que hoy se reconoce y se declara sólo una fracción de las enfermedades transmitidas por los alimentos en el mundo. En los países en desarrollo, la relación entre casos reales y casos declarados podría ser bien de 100:1, mientras que en los países industrializados, los incidentes de salud ligados a la alimentación, que se declaran, representan menos del 10% del total real.

Los alimentos contaminados son responsables de una gran proporción de las enfermedades diarreicas y de otras enfermedades infecciosas, en particular en el mundo en desarrollo. La OMS estima que en 1984, se produjeron cerca de mil millones de accesos de diarrea aguda en niños menores de cinco años en África, Asia (con excepción de China) y América Latina; unos cinco millones de estos casos han tenido un final fatal.



Las diarreas representan un importante problema de salud para los adultos también, en particular para los que viajan. De los casi 2.600 millones de personas que viajan cada año por negocios, placer o por otras razones, la OMS estima que del 20 al 50 % de ellas sufren diarrea, la mayoría provocada por alimentos y agua contaminados.

La OMS recibe cada año decenas de millares de declaraciones de casos de enfermedades transmitidas por los alimentos, ocurridos en todos los grupos de edad en Canadá, Japón, Reino Unido, Estados Unidos, y en otros países desarrollados en que estas enfermedades constituyen una causa importante de morbilidad.

Aunque el problema es realmente mundial, es especialmente agudo en el mundo en desarrollo, donde está agravado por la insuficiencia de la nutrición. Se crea un círculo vicioso: las enfermedades transmitidas por los alimentos producen trastornos de la digestión y de la absorción de las sustancias nutritivas que llevan a una disminución de la resistencia a las enfermedades, a otros episodios mórbidos y, en numerosos casos, a la muerte.

La contaminación de los alimentos puede así afectar a poblaciones enteras. En Indonesia, se producen gastroenteritis cada año en más del 40 % de la población y a ellas puede imputarse una gran parte de la malnutrición, en especial cuando van acompañadas de diarrea aguda. En Tailandia, las infecciones gastrointestinales han representado el 60 % de todas las enfermedades en 1979 y constituido la principal causa de muerte en este país; la situación era análoga en Colombia, en Costa Rica, en Egipto y en Mauricio.

### **Causas de la contaminación alimentaria.**

La contaminación se debe a menudo a malas condiciones de tratamiento, de almacenaje y de preparación de los productos alimenticios. Se pueden citar varios ejemplos de prácticas y costumbres tradicionales que perpetúan la contaminación:

- el consumo de cerdo fermentado en el norte de Tailandia y de salchichas crudas en Europa central expone a las poblaciones al riesgo de triquinosis.
- en algunas comunidades, la preferencia por carnes poco o nada cocidas puede producir enfermedad porque todos los patógenos peligrosos no han sido sometidos a una temperatura suficiente para destruirlos.
- en algunos países, está prohibido lavarse las manos después de ciertas actividades que manchan los dedos; este hábito supone la contaminación de los alimentos que son manipulados a continuación.
- precocer parcialmente una pava para el día de Acción de Gracias es en



Estados Unidos, una tradición que trata de ganar tiempo y ahorrar trabajo; esta ave que pesa a menudo 10 kg. exige muchas horas de cocción para eliminar todos los patógenos y toxinas; una cocción por etapas repartida en varios días no es suficiente generalmente y puede incluso aumentar los riesgos.

La mayor parte de la contaminación de los productos alimentarios es de origen microbiológico. De todos modos, en los países tanto desarrollados como en desarrollo el uso muy extendido de sustancias químicas en diversos puntos de la cadena de producción alimentaria, ha aumentado en los últimos años, el riesgo de contaminación química. Entre los productos químicos ampliamente utilizados, se pueden citar los pesticidas y abonos agrícolas, los medicamentos veterinarios y los estimulantes del crecimiento, así como los aditivos alimentarios.

Otras sustancias químicas, por ejemplo el plomo y el cadmio, se ponen involuntariamente en contacto con productos alimenticios y no tienen ninguna relación con la producción de alimentos. Se introducen no obstante en la cadena alimentaria a partir del ambiente y presentan un riesgo para la salud pública.

Los productos alimenticios son uno de los artículos más importantes en todas las economías y su contaminación supone serias pérdidas económicas. En algunos países, las pérdidas de alimento debidas a un desperdicio evitable pueden alcanzar el 30% de la cosecha total.

En los costes sociales de la contaminación alimentaria, se pueden incluir los gastos de tratamiento de las enfermedades y las pérdidas de productividad o de ganancia debidas a la enfermedad, a las incapacidades o a una muerte prepartura.

### **La importancia de la educación para la salud.**

Los brotes de intoxicaciones alimentarias podrían ser menos numerosos si todas las personas que se ocupan de la preparación y de la manipulación de los alimentos, de manera profesional o individual, comprendieran la importancia de una buena higiene. La educación para la salud constituye uno de los medios más eficaces de eliminar el problema, pero ella no lo conseguirá más que si se llega a todas las personas que están implicadas en la cadena alimentaria, se las motiva y se las convence.

Las tradiciones y las costumbres, así como las dificultades económicas frenan a menudo la realización de las prácticas de higiene. En consecuencia, la educación sanitaria sobre la seguridad de las prácticas alimentarias debe implicar no sólo a los responsables políticos y a las autoridades de salud, sino también a las organizaciones de consumidores y al gran público.

Los niños pueden ser de gran utilidad para transmitir a sus padres los mensajes de salud recién adquiridos en el cuadro escolar. Los mensajes difundidos por radio y las visitas de los agentes de salud comunitarios constituyen otros medios de comunicar nociones de educación para la salud.

### **El Programa OMS de seguridad de los productos alimenticios.**

La OMS ha creado un Programa activo de seguridad de los productos alimentarios que tiene por fin mejorar la vigilancia y el control de los peligros asociados a los alimentos (sean microbianos, químicos u otros), a fin de que se reduzca la incidencia de las enfermedades en la población. El Programa insiste particularmente en la importancia de la participación de las colectividades en la aplicación de las medidas necesarias, y coopera además con los Estados miembros a la mejora y al refuerzo de los sistemas de control de los productos alimenticios comprendidas las medidas legislativas. Algunas de estas actividades se efectúan en colaboración con la FAO y otros organismos.

Garantizar la seguridad de los productos alimenticios exige además una acción gubernamental. Los reglamentos que podrían hacer más seguros los alimentos así como la aplicación de las normas de seguridad alimentaria son limitados a menudo en los países en desarrollo. Los gobiernos deberían esforzarse en instruir e informar, además de aplicar y de hacer respetar las leyes, a fin de hacer de la seguridad alimentaria una costumbre más que una obligación.

La OMS busca hoy la colaboración de la industria alimentaria en su lucha contra las enfermedades transmitidas por los alimentos. Las compañías de producción, de transformación y de preparación de los alimentos pueden ayudar a transmitir mensajes positivos de salud.

Otro elemento importante de la promoción del comercio internacional de productos alimenticios seguros es la Comisión del Codex Alimentario. Trabajando bajo los auspicios de la OMS y de la FAO, la Comisión tiene por objeto asegurar la seguridad de los productos alimenticios en los intercambios internacionales y suministrar directrices para el control de los alimentos en el plano nacional, lo que hace por medio de normas y de códigos respecto a los diversos grupos de productos, las materias primas, las fábricas de tratamiento de los productos alimenticios y la higiene en general.

En resumen, se puede decir que la seguridad alimentaria es vital para todas las naciones que quieren preservar las sustancias energéticas, proteínas y otras, así como las vitaminas necesarias para la alimentación del ser humano. En el mundo en desarrollo, la seguridad de los productos alimenticios podría salvar a millones de vidas y asegurar que millones de otras per-

sonas no sufran por las consecuencias dramáticas de las enfermedades transmitidas por los alimentos.

*Por el buen uso de las tecnologías de salud en el mundo. Comunicado de prensa EURO/08/85. Copenhague, 15 de mayo, 1985.*

El progreso tecnológico ha acrecentado mucho la capacidad de los que prestan cuidados para prever, prevenir, diagnosticar y tratar numerosas enfermedades agudas o crónicas; ha facilitado también la readaptación de algunas de las víctimas de estas enfermedades.

Con la aparición de técnicas y de estudios recientes, el carácter de los cuidados de la salud ha experimentado, en los últimos años una marcada evolución que afecta a todos los protagonistas presentes en la escena de la salud: pacientes y colectividad, autoridades de la salud, los terceros que pagan, profesionales y a asociaciones profesionales, organismos internacionales y empresas industriales. Nuevas unidades de orientación tecnológica cada vez más acentuadas, aparecen por todas partes y el progreso tecnológico llega incluso al domicilio de los enfermos.

La OMS ha comenzado, desde hace varios años, a estudiar estos problemas, sobre todo en la Región Europea donde se ha inaugurado una nueva forma de colaboración para reforzar esta acción. Un acuerdo entre el Instituto de los hospitales daneses y la OMS ha sido firmado a este efecto en la Oficina Regional, el 25 de abril de 1985, por el Dr. Henning Poulsen, director de este Instituto y el Dr. Halfdan Mahler, director general de la OMS.

En virtud de este acuerdo, el Instituto de los hospitales daneses ha sido designado como centro colaborador de la OMS para la coordinación mundial e interregional de las actividades concernientes a la adecuación de las tecnologías médicas y de salud.

Entre otras funciones de coordinación, este centro deberá: identificar las tecnologías a evaluar, en qué estado se encuentran, concepción, puesta a punto y aplicación; elaborar métodos de evaluación de las tecnologías gracias a los estudios y al examen de los trabajos ya publicados; reunir grupos de trabajo; analizar, validar y difundir las informaciones; publicar los informes de interés mundial; establecer contactos con los gobiernos, los medios industriales y los grupos de consumidores; apoyar los esfuerzos en educación de cara a hacer comprender mejor las técnicas de salud y los problemas planteados para su transferencia a los trabajadores sanitarios, a los responsables políticos y al público.

La participación prevista en estas actividades de una red de institutos que se ocupen de la evaluación de las tecnologías por todo el mundo debe-

- rán estrechar aún más los vínculos entre los trabajadores de todos los Estados Miembros y los de la OMS y sus oficinas regionales, siendo el fin común la mejor concepción y la utilización más apropiada de las tecnologías de salud.

*Los científicos mediterráneos van a debatir sobre la lucha contra la contaminación de origen industrial.* Venecia, 10-14 de junio, 1985. Comunicado de prensa EURO/09/85. Copenhague, 31 mayo de 1985.

Un grupo de 30 ingenieros e investigadores de 18 países ribereños del Mediterráneo estudiará el tratamiento y el vertido de las aguas usadas industriales y sus efectos sobre la Contaminación del Mar Mediterráneo, después de un taller, organizado en Venecia, del 10 al 14 de junio de 1985, por la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los efluentes líquidos vertidos en el Mediterráneo han aumentado, tanto en volumen como en complejidad, en los últimos decenios. Además, la composición de las aguas urbanas usadas se ha modificado: contienen ahora muchos más productos químicos domésticos y cantidades variables de desechos industriales que son vertidos en las alcantarillas públicas.

Simultáneamente, los países mediterráneos se esfuerzan en luchar contra este tipo de contaminación, que contribuye largamente a la contaminación marina en la Región. Varios países han adoptado medidas legislativas y administrativas para racionalizar y actualizar los reglamentos ya en vigor.

Un estatuto sobre la protección del Mar mediterráneo contra la contaminación de origen telúrico, adoptado y afirmado en Atenas en mayo del 81, acaba de entrar en vigor. Este ha previsto que los gobiernos mediterráneos discutan su puesta en marcha a finales de 1985.

La OMS ha tomado una importante parte en la elaboración de este estatuto. El taller de Venecia se coloca en la línea de los trabajos de la OMS sobre la lucha contra la polución marina, y la organización de esta reunión entra en el cuadro del programa de higiene del ambiente de la Oficina Regional de Europa. Este taller en el contexto de la estrategia adoptada por la Organización en vista de la instauración de la Salud para Todos en el año 2000, se propone la realización del objetivo regional nº 20 a saber, que de aquí a 1995, la contaminación de los ríos, lagos y mares deberá haber dejado de constituir una amenaza para la salud de los pueblos.

Los resultados del taller constituyen una prolongación directa del estatuto mediterráneo en el sentido de que contribuirán a la elaboración de medidas para su puesta en marcha.

Los participantes examinarán las legislaciones nacionales e internacionales así como las disposiciones administrativas que, sobre el plan nacional, se afectan del tratamiento y del desagüe de las aguas usadas industriales, e incluso la aceptación de los efluentes industriales en las alcantarillas públicas. Ellos harán mención por otra parte del reciclaje y la reutilización de las aguas usadas industriales, la eliminación de los desechos sólidos y de los lodos y los imperativos de la formación de efectivos.

Esta reunión constituye una etapa importante en los esfuerzos internacionales de lucha contra los efectos de los desagües industriales, principal causa de contaminación en la cuenca del Mediterráneo.

*Investigaciones sobre enfermedades tropicales.— Leptina. Informe del Programa 1 de enero de 1983—31 de diciembre de 1984.— Programa especial para investigación y formación sobre enfermedades tropicales. PDNU/Banco Mundial/OMS—Ginebra 1985.*

El Programa Especial para Investigación y Formación sobre Enfermedades tropicales (TDR), patrocinado por PDNU/Banco mundial/OMS, es un programa de investigación y formación orientado por objetivos con dos objetivos interdependientes:

- Investigación y desarrollo para obtener instrumentos nuevos y mejora para el control de las principales enfermedades tropicales.
- Refuerzo de la capacidad de investigación de los países tropicales.

La investigación se realiza en una base global por Grupos de Trabajo Científicos multidisciplinarios, las actividades de formación y refuerzo de instituciones están limitadas a los países tropicales donde estas enfermedades son endémicas.

Las seis enfermedades inicialmente seleccionadas para el ataque son: paludismo, esquistosomiasis, filariasis (incluida oncocercosis), las tripanosomiasis (tanto la enfermedad del sueño africana como la forma americana llamada enfermedad de Chagas), las leishmaniasis y la lepra. Los Grupos de Trabajo Científicos también trabajan en campos relacionados con las enfermedades: control biológico de vectores, epidemiología e investigación social y económica.

El Séptimo Informe del Programa describe el trabajo realizado durante 1983 y 1984. Proporciona una relación más descriptiva y analítica que los Informes del Programa previos y también muestra cómo la gran variedad de temas de investigación y de actividades de formación en TDR (desde empalme de genes a encuestas geográficas y desde formación individual a talleres internacionales y redes institucionales) se interrelacionan todos para al-

canzar el objetivo común de mejorar el control de la enfermedad y el bienestar humano en los países tropicales.

*71ª Conferencia Internacional del Trabajo: Normas para prevenir los riesgos de la utilización del asbesto. Comunicado OIT 3 junio 1985.*

La protección de los trabajadores contra los riesgos graves y de índole compleja relacionados con el uso del asbesto constituirá uno de los temas de discusión de la próxima Conferencia Internacional del Trabajo, que se reunirá en Ginebra del 7 al 27 de junio.

Los representantes de los gobiernos, de los empresarios y de los trabajadores de los 150 Estados Miembros de la Organización Internacional del Trabajo procurarán encontrar soluciones mutuamente aceptables a este problema de salud, que preocupa desde hace años a los medios de la medicina y del trabajo, y echar las bases de normas internacionales en esta materia, con miras a su adopción el próximo año.

### **Doblemente nocivo.**

La producción mundial de asbesto no ha cesado de aumentar, pasando de 675.000 toneladas en 1940 a más de cinco millones de toneladas a comienzos de los años 80. Más de dos tercios son utilizados como asbesto cemento en la construcción de productos industriales: aisladores, forros de frenos, filtros, prendas de vestir, etc.

Las fibras de amianto son doblemente nocivas, indica un informe<sup>1</sup> preparado por la Oficina Internacional del Trabajo para servir de base a la discusión. Pueden causar fibrosis pulmonar (asbestosis) y producir cáncer, en particular del aparato respiratorio, o provocar ambas enfermedades. Los signos clínicos de estas afecciones pueden aparecer muchos años después de la exposición.

En razón de su oficio, millones de trabajadores están expuestos al riesgo de inhalar una cantidad importante de polvo de amianto, sea al extraer el material, al transformarlo, al destruirlo o al fabricar productos a base de amianto. Por lo demás, la utilización industrial del amianto puede aumentar la concentración en el medio ambiente, y constituiría en consecuencia una amenaza potencial para la salud de la población.

(1) Conferencia Internacional del Trabajo, 71ª reunión, 1985. Informe VI (1): *Utilización del asbesto en condiciones de seguridad*.

## **Problemas complejos.**

El control de los riesgos derivados del amianto plantea problemas sumamente complejos, de forma que los expertos se contradicen con pasión en numerosos puntos. Por una parte, es difícil medir con exactitud la concentración de fibras de amianto en suspensión en el aire; por otra, persiste la incertidumbre en torno a la existencia y al nivel de umbrales por encima de los cuales los riesgos serían nulos.

Al comparar la legislación de los diferentes Estados, se aprecia la extrema disparidad de las leyes y los reglamentos por lo que respecta al tipo, amplitud y severidad. De la prohibición tajante de utilizar amianto o productos que lo contengan, hasta la carencia de toda legislación al respecto.

Estas consideraciones ponen de relieve la necesidad de ensayar la creación de normas internacionales del trabajo fundadas en la participación y contribución positivas de representantes de los gobiernos, de los empleadores y de los trabajadores.

## **Normas propuestas.**

La mayor parte de los 76 gobiernos que respondieron —a menudo después de consultar a las organizaciones de empresarios y de trabajadores— al cuestionario establecido previamente por la OIT, se pronunciaron en favor de un convenio completado por una recomendación.

Las conclusiones<sup>2</sup> propuestas a la discusión de los delegados con miras a un convenio estipulan, entre otras disposiciones, que la legislación nacional debería prever que se limite la exposición del asbesto mediante una o varias de las medidas siguientes:

- sustitución del asbesto por sustancias inofensivas o menos nocivas, siempre que sea posible;
- prohibición del uso del asbesto o de ciertos tipos de asbesto, total o parcialmente, en determinados procesos de trabajo;
- obtención de una autorización previa para poder utilizar el asbesto.

Cada empresario debería asumir la responsabilidad de establecer y aplicar un programa de medidas prácticas para la prevención y el control de la exposición de los trabajadores al asbesto y para su protección contra los riesgos que entraña tal exposición. El texto precisa las modalidades para fijar los límites de exposición y las medidas necesarias para garantizar que estos límites no se sobrepasen.

Las conclusiones propuestas, tanto para el convenio como para la reco-

(2) *Ibid.* Informe VI (2).

mendación, se ocupan también de la vigilancia del medio ambiente de trabajo y de la salud del personal, así como de disposiciones relativas a la información y a la educación.

*Conferencia de la OIT adopta nuevas normas: Intensifica lucha mundial contra riesgos en la industria.* Comunicado OIT, 27-V-1985.

Contra un telón de fondo de creciente inquietud mundial ante el elevado tributo en vidas humanas de los accidentes y enfermedades laborales, la Conferencia Internacional del Trabajo (en su 71ª reunión que terminó hoy en esta ciudad) tomó medidas para limitar los peligros en el puesto de trabajo y salvaguardar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Adoptó un Convenio y una Recomendación internacionales del trabajo para fomentar el desarrollo de servicios de salud que comprendan a todos los trabajadores, y en una resolución instó a actuar contra los riesgos y los accidentes ocasionados por la utilización de sustancias y procedimientos peligrosos en la industria.

La reunión también allanó el camino para la adopción el próximo año de normas nuevas sobre seguridad en el uso del asbesto.

Esta asamblea anual de la Organización Internacional del Trabajo —a la que asistió un número record de 2.000 delegados y consejeros gubernamentales, empresarios y trabajadores de 141 Estados miembros— adoptó asimismo un Convenio y unas Recomendación sobre estadísticas del trabajo.

Sostuvo un debate general en torno a la memoria del Director General de la OIT, Francis Blanchard, sobre las relaciones de trabajo y el tripartismo, y una discusión sobre igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en el empleo. Adoptó conclusiones en cuanto al curso dado a la Declaración de la OIT concerniente a la política de *apartheid* en Sudáfrica; continuó supervisando la observancia por los Estados miembros de sus obligaciones con respecto a las normas de la OIT; examinó cuestiones relacionadas con la estructura de la OIT, y adoptó el Programa y Presupuesto de la Organización que asciende a 253 millones de dólares para el bienio 1986-87.

El primer Ministro de la India, Rajiv Gandhi, hizo uso de la palabra ante la Conferencia en una sesión especial el 17 de junio.

### **Servicios de salud en el trabajo.**

Un enfoque resueltamente preventivo y multidisciplinario, que cuente con la amplia cooperación de los empresarios y de los trabajadores, en el



que preconizan —para los servicios destinados a fomentar la salud en el trabajo— el convenio y la recomendación adoptados sobre este tema por la Conferencia.

Según los nuevos instrumentos, el objetivo de estos servicios ya no consiste solamente en aplicar los conocimientos de la medicina a la protección de la salud de los trabajadores. Se convierten en el canal por el cual los conocimientos y la experiencia adquiridos en numerosas especialidades pueden desembocar en acciones prácticas de mejoramiento del ambiente de trabajo, en cooperación con todos los interesados. La voluntad de ampliar el papel y las funciones de estos servicios se refleja, para la versión española en particular, en un cambio de su denominación: la expresión "servicios de salud en el trabajo" reemplaza ahora a la expresión "servicios de medicina del trabajo".

Todo país que ratifique el convenio se compromete a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Las disposiciones que adopte deberán tener en cuenta los riesgos específicos que prevalecen en las empresas.

Estos servicios están investidos de funciones esencialmente preventivas, indica el convenio. Deberán en especial identificar y evaluar los riesgos que puedan afectar a la salud en el lugar de trabajo, vigilar los factores y las prácticas susceptibles de atentar contra la salud de los trabajadores, y asesorar sobre la planificación y la organización de las tareas, incluido el diseño de los lugares de trabajo, y sobre la selección, el mantenimiento y el estado de la maquinaria, los equipos y las sustancias utilizadas.

Entre otras funciones, deberán participar en el desarrollo de programas para el mejoramiento de las prácticas de trabajo, vigilar la salud de los trabajadores en relación con el trabajo, fomentar la adaptación del trabajo al trabajador, colaborar en la difusión de informaciones así como en la formación y educación de estas materias, organizar los primeros auxilios y la atención de urgencia y participar en el análisis de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales.

Los servicios de salud en el trabajo deberían ser multidisciplinarios, precisa el instrumento. El empleador, los trabajadores y sus representantes deberán cooperar y participar en la aplicación de medidas relativas a la organización de estos servicios.

El convenio además estipula que el personal que preste servicios de salud en el trabajo deberá gozar —en el ejercicio de sus funciones— de plena independencia profesional respecto del empleador y de los trabajadores, y que la vigilancia de la salud de los trabajadores no deberá significar para

ellos ninguna pérdida de ingresos.

La Recomendación estipula que los servicios de salud en el trabajo de toda empresa nacional o multinacional que cuente con más de un establecimiento deberían prestar el nivel máximo de servicios, sin discriminaciones, a los trabajadores de todos sus establecimientos cualquiera que sea el lugar o país en que estén situada. El portavoz de los empleadores ante la Conferencia expresó reservas sobre este párrafo, señalando que podría plantear problemas prácticos insuperables en los países en desarrollo y crear reglas diferentes para las empresas que operan en un mismo país.

La recomendación precisa las modalidades para la organización y funcionamiento de los servicios de salud en el trabajo, recalcando el enfoque multidisciplinario que debe inspirarlos. Las actividades comprenden la vigilancia de la salud de los trabajadores antes, durante y después de la afectación al empleo. Se insistió en la independencia de los servicios y en el carácter confidencial de los datos referentes a los trabajadores y a la empresa.

### **Estadísticas del trabajo.**

La necesidad de contar con estadísticas laborales fidedignas para fines de planificación y control del progreso social y económico y para el desarrollo de las relaciones profesionales, condujo a la adopción por la conferencia de un Convenio y una Recomendación sobre estadísticas del trabajo.

El Convenio, que revisa un instrumento anterior sobre el mismo tema, obliga a los estados que lo ratifiquen a recoger, compilar y publicar regularmente estadísticas del trabajo, que se ampliarán progresivamente para abarcar la población económicamente activa, el empleo, el desempleo si hubiese lugar y, en la medida de lo posible, el sub-empleo visible; la estructura y distribución de la población económicamente activa y las ganancias medias y horas medias de trabajo, todo ello de manera de representar a todo país. El campo de tales estadísticas también incluirá la estructura y distribución de los salarios, el costo de la mano de obra, los índices de precios del consumo, los gastos de los hogares, los accidentes profesionales y los conflictos laborales.

Una cláusula de flexibilidad permite a los países que ratifiquen el convenio aplicar en forma selectiva y progresiva sus disposiciones detalladas en cada uno de dichos rubros.

Al designar los conceptos, definiciones y metodología utilizados, los países deberán tomar en cuenta las normas y directivas de la OIT y consultar a las organizaciones de empleadores y de trabajadores.

La recomendación complementaria —que incluye la productividad entre los campos abarcados— proporciona orientaciones para la práctica na-

cional y tiene como objeto promover la comparabilidad internacional y garantizar la flexibilidad.

Una resolución sobre tema similar pidió a la OIT que diera alta prioridad a los problemas de medida de la productividad.

### **Peligros del asbesto.**

En respuesta a la grave preocupación que suscitan los efectos nocivos de la exposición al asbesto no sólo entre trabajadores, empleadores y autoridades de la salud en el trabajo, sino también en el público en general, la Conferencia sentó las bases para un enfoque global de este peligro. Los proyectos de un Convenio y de una Recomendación elaborados en el curso de la reunión serán sometidos a la Conferencia el año próximo para su discusión y adopción.

El proyecto de convenio estipula que la legislación nacional debería prescribir las medidas que habrían de adoptarse para la prevención y control de los riesgos para la salud —tales como la fibrosis pulmonar, el cáncer de pulmón, de pleura o de peritoneo— debidos a la exposición profesional al asbesto. Debería estimularse la investigación sobre problemas de salud derivados de la exposición a productos de sustitución y las organizaciones de empleadores y trabajadores deberían ser consultadas acerca de las medidas que se propone hacer efectivas.

La exposición al asbesto sería evitada o controlada mediante una o varias de las siguientes medidas: sustitución del asbesto, prohibición de ciertos tipos de asbestos, obtención de una autorización previa para determinados procesos de trabajo y una reglamentación para controlar la exposición a un bajo nivel.

En todos los lugares de trabajo en que haya exposición al asbesto, el empleador debería adoptar todas las medidas pertinentes para evitar o controlar el desprendimiento de fibras de asbesto en la atmósfera del lugar de trabajo. El instrumento propuesto enuncia las medidas que deben adoptarse para manipular la ropa contaminada y la eliminación de los desechos que contengan asbesto, y estipula que la demolición de plantas o estructuras que contengan materiales aislantes de asbesto debería estar sujeta a autorización. Preconiza la vigilancia del medio ambiente de trabajo para determinar la concentración de fibras de asbesto en suspensión en el aire y contempla disposiciones para asegurarse de que los trabajadores expuestos al asbesto sean sometidos a los reconocimientos médicos necesarios.

La recomendación propuesta señala que las medidas para controlar la exposición al asbesto o para evitarla cuando sea innecesaria deberían estipular en especial que el asbesto sólo podrá ser utilizado cuando sea posible

controlar los riesgos que entraña, que el número de personas asignadas a un trabajo expuesto al asbesto debería mantenerse al mínimo, que el equipo sea capaz de eliminar o reducir la formación de fibras respirables, que las zonas de actividad que impliquen una exposición al asbesto estén claramente delimitadas, y que se registre por escrito la localización del asbesto en la construcción, con el fin de facilitar su futura reparación o demolición sin peligro para los trabajadores.

### **Igualdad de oportunidades y de trato en el empleo.**

Al adoptar una resolución y conclusiones sobre la igualdad de oportunidades y de trato para hombres y mujeres en el empleo, la Conferencia reafirmó la validez de la Declaración y Plan de Acción con miras a fomentar esta igualdad, adoptadas en 1975, año del lanzamiento del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, y exhortó a todos los Estados miembros de la OIT a ratificar y aplicar los convenios y recomendaciones pertinentes.

Las conclusiones preconizan políticas encaminadas a promover el empleo de las mujeres y a proporcionarles igualdad de oportunidades en el empleo, independientemente de la tasa de crecimiento económico y de las condiciones del mercado del trabajo, a fin de permitirles hacer una contribución eficaz al desarrollo económico y social de sus países.

Comprobando que las mujeres son más afectadas por el desempleo que los hombres, la Conferencia recomienda que se garantice la aplicación de los mismos criterios a todos los trabajadores en caso de excedencia o de despido, sin distinción de sexo, estado civil o edad, y que se aplique una protección especial contra el despido por razones de embarazo o de licencia por maternidad. Por añadidura, ciertos programas especiales deberían satisfacer las necesidades de las mujeres que desean volver a ocupar un puesto tras un período de ausencia, o de aquéllas pertenecientes a grupos desfavorecidos, tales como los emigrantes, los refugiados y los minusválidos.

Las mujeres de las zonas rurales deberían recibir un trato de igualdad con el hombre en cuanto a acceso a la tierra, educación, tecnología, formación y servicios de divulgación, crédito y demás recursos. Las mujeres en los sectores rural y urbano no estructurados deberán disponer de programas de formación concebidos en función de los niveles de educación y la necesidad de estas mujeres de ganarse la vida.

La Conferencia reafirma la necesidad de fomentar la aplicación efectiva del principio de igualdad de remuneración, garantizando que los criterios de clasificación de puestos y de evaluación de las tareas no se presten a discriminación por motivos de sexo.

En lo que concierne a condiciones y medio ambiente de trabajo, se de-

bería conceder especial atención a los sectores y profesiones que emplean a gran cantidad de mujeres, con el fin de que éstas, así como los hombres, sean objeto de una protección especial frente a actividades que puedan entrañar efectos perjudiciales especialmente para la función social de la procreación.

Las madres no deben quedar en desventaja en su vida laboral, quedando entendido que los costos de la protección de la maternidad serán sufragados por la seguridad social u otros fondos públicos o sistemas colectivos.

Comprobando que el peso de las responsabilidades domésticas y familiares puede constituir un obstáculo a la igualdad de oportunidades y de trato en el empleo, la conferencia invita a los Estados miembros a ratificar el convenio adoptado en 1981 sobre el particular y preconiza medidas para facilitar a los trabajadores el desempeño simultáneo de sus responsabilidades familiares y laborales.

Recomienda asimismo hacer todo lo posible para aumentar la participación de las mujeres en el proceso de toma de decisiones a todos los niveles, permitiéndoles acceder a todos los puestos y participar plenamente con los hombres en la vida económica, social y política. Se invita a la OIT a examinar la posible necesidad de establecer normas adicionales en materia de igualdad de oportunidades y de trato y a revisar el convenio núm. 89, de 1984, sobre el trabajo nocturno de las mujeres, a la luz de la experiencia adquirida, la información científica y técnica y el progreso social.

Estas conclusiones serán presentadas a la próxima conferencia de las Naciones Unidas encargada de examinar y evaluar los resultados del Decenio para la mujer, que tendrá lugar en julio próximo en Nairobi bajo el lema Igualdad, Desarrollo y Paz.

### **Aplicación de normas.**

Cincuenta países proporcionaron información y entablaron diálogo con la Comisión de la Conferencia sobre aplicación de convenios y recomendaciones, en relación con la observancia de sus obligaciones con respecto a normas internacionales del trabajo o cumplimiento de Convenios ratificados. La Conferencia lamentó que Benín, Cabo Verde, Rumanía y Sierra Leona se abstuvieran de tomar parte en las discusiones, y deploró tomar nota de que tres países (República Democrática Popular Laos, Polonia y Seychelles) no pudieran participar por estar ausentes de la Conferencia.

Se observó un progreso apreciable en el número de países que cumplieron su obligación de someter a sus autoridades legislativas las normas de la OIT recientemente adoptadas, pero se lamentó tomar nota de que seis países no habían proporcionado ninguna información.

La Conferencia lamentó 17 casos de gobiernos que habían omitido enviar sus memorias o informaciones solicitadas sobre Convenios ratificados.

Tomó nota con satisfacción de las medidas adoptadas por varios gobiernos en 41 casos para asegurar el cumplimiento de los convenios ratificados. "Estas indicaciones mostraban que el trabajo de los órganos de control había sido fructífero y había permitido hallar soluciones a problemas". También registró solicitudes de Ecuador, Paraguay y Honduras para establecer contactos directos con la OIT, así como el deseo manifestado por varios otros gobiernos de obtener asistencia de la OIT para allanar las dificultades encontradas.

Cuatro países (Guatemala, Haití, República Islámica del Irán y Yemen), fueron citados en párrafos de "casos especiales" sobre aplicación de normas de derechos humanos.

Pasando revista a la aplicación de normas sobre inspección del trabajo, la Conferencia insistió en el papel primordial de esta inspección para proteger a los trabajadores y mejorar sus condiciones de trabajo. Expresó su preocupación por el hecho de que en un gran número de países los medios puestos a la disposición de los servicios de la inspección no fueran suficientes; su eficacia, agregó, se fortalecería considerablemente si contara con la acción concertada de las organizaciones de empleadores y de trabajadores. Dada la relación existente entre asistencia técnica y actividades normativas, la OIT tiene una responsabilidad especial en lo concerniente a la ayuda a los gobiernos para fortalecer sus sistemas de inspección del trabajo.

La conferencia recordó que el papel de su Comisión no consiste en erigirse en tribunal, sino en examinar con los gobiernos afectados las dificultades que se les plantean en la ejecución de sus obligaciones y en ayudarlos a superar tales obstáculos. Se felicitó del espíritu abierto al diálogo que ha presidido los debates de esta Comisión, "condición esencial para que sus trabajos puedan constituir un mensaje de esperanza para los hombres y las mujeres que trabajan".

### **Resoluciones.**

La Conferencia adoptó dos resoluciones. En la primera —referente a los problemas más urgentes de Africa y en especial el de la seguridad alimentaria—, instó a la comunidad internacional y particularmente a los países desarrollados y a las instituciones internacionales, a que aumenten su asistencia a los países africanos víctimas de la sequía, asignando los recursos suplementarios indispensables para mantener y fortalecer las acciones de ayuda y cooperación tanto bilateral como multilateral.

Invitó al Consejo de Administración de la OIT a que prosiga e intensifi-

que su acción en Africa con miras a ayudar a los estados de la región a superar los problemas de empleo, de alimentación y de pobreza con que se enfrentan.

La Conferencia dirigió un llamamiento de la OIT para que utilice plenamente todas las oportunidades de apoyo especial al desarrollo encaminado a satisfacer las necesidades sociales y económicas de los países africanos, e intensifique su cometido en los sectores específicos de su competencia dentro del marco de la estrategia internacional del desarrollo, particularmente en cuanto al empleo y las normas del trabajo.

Declaró asimismo que los programas a corto, medio y largo plazo para el continente adoptados recientemente por el Consejo de Administración constituyen el Programa de Acción en Africa de la OIT y lo anexó a la resolución.

En la segunda resolución, la Conferencia expresó su profunda inquietud ante el creciente número de riesgos y accidentes graves relacionados con el uso de sustancias y productos químicos peligrosos. Pidió a los gobiernos de todos los estados miembros que adopten, en plena consulta con las organizaciones de trabajadores y de empleadores, políticas globales e integradas para la prevención de riesgos en relación con el uso de procesos peligrosos y con la producción, transporte, almacenamiento, manipulación y eliminación de sustancias peligrosas.

Los trabajadores y la dirección de las empresas del sector químico y de otras industrias peligrosas debería dotar a sus empresas de los sistemas de control y de funcionamiento más seguros que sea posible y, en su caso, que prevean la forma más segura posible de transporte; también deberían reemplazar en lo posible las sustancias y procesos peligrosos por otros más seguros y facilitar a todos los trabajadores de la empresa, en un lenguaje que puedan entender, la formación, información e instrucciones necesarias así como el equipo que haga falta para la protección de la seguridad y la salud. El preámbulo hace hincapié en la responsabilidad fundamental que incumbe a la dirección central de las empresas multinacionales con respecto a la organización y control de la gestión de todas sus filiales. Un número significativo de delegados empleadores se opusieron a este párrafo porque, en su opinión, sería contrario a la soberanía nacional y a las políticas de las empresas en lo que se refiere a descentralización y toma de decisiones.

La OIT debería proporcionar máxima asistencia a los Estados miembros y para el establecimiento y fortalecimiento de infraestructuras e instituciones nacionales en este campo, dedicar atención y los recursos suficientes a su participación en el Programa Internacional de Seguridad en las Industrias Químicas desarrollando junto con la OMS y el PNUMA, y examinar la posibilidad de incluir prioritariamente, en el Orden del día de una futura



reunión de la Conferencia, el tema del control de riesgos y la prevención de accidentes relacionados con la utilización de sustancias y procesos peligrosos en la industria.

### **Estructura.**

Al aprobar el informe y las conclusiones de su Comisión de Estructura, la Conferencia hubo de comprobar que, pese a los progresos realizados, persisten las divergencias de puntos de vista sobre ciertas cuestiones. Decidida a llegar en lo posible a un acuerdo unánime sobre todos los problemas de estructura aún pendientes, resolvió inscribir sin condiciones en el orden del día de su próxima reunión las propuestas de enmiendas a la Constitución de la OIT que figuraban ya en el orden del día de la presente reunión; estas propuestas serán completadas por una cuestión importante: la de los Estados existentes o futuros aún no cubiertos por acuerdos regionales.

En las conclusiones, se recomienda que la Conferencia consagre en 1986, inmediatamente después de iniciar sus trabajos, un número apropiado de sesiones plenarias especiales a una discusión de los proyectos de enmienda para su adopción preliminar antes de ser remitidos al comité de redacción, de conformidad con el Reglamento.

Con el deseo de proseguir el diálogo y de llegar a un acuerdo unánime para adaptar la Organización a las realidades y necesidades, pero resuelta a no aplazar indefinidamente la adopción de las enmiendas que deben permitir esta adaptación, la Conferencia solicitó al consejo de Administración de la OIT que adopte las disposiciones necesarias para que los esfuerzos de todas las partes interesadas puedan continuar e invitó al Director General a seguir prestando sus buenos oficios en favor del diálogo.

El Presidente de la Conferencia fué el Sr. Mohamed Ennaceur, Ministro de Asuntos Sociales de Túnez. Los Vicepresidentes: Sr. Vladimir Grekov (delegado gubernamental, RSS de Bielorrusia), Sr. Charles H. Smith (delegado de los empleadores, Estados Unidos) y Sra. Shirley Carr (delegada de los trabajadores, Canadá).

*Comunicado de prensa ISSA/INF/85/5 17 de junio de 1985. Para una mejor protección de los agricultores. La AISS organiza dos reuniones de expertos en París. (19-21 de junio de 1985).*

La protección social de los agricultores presenta características particulares, especialmente en Europa. Comparar los diferentes sistemas de protección social agrícola en este continente, incluyendo la acción sanitaria



y social, y examinar los medios de financiación de esta protección, son algunos de los objetivos de una reunión regional europea que la Asociación internacional de la Seguridad Social (AISS) organiza en París, del 19 al 21 de junio de 1985 en colaboración con la Unión de Cajas Centrales de la Mutualidad Agrícola de Francia. Participarán en esta reunión unos 70 expertos procedentes de una decena de países, así como representantes de la Comisión de las Comunidades Europeas, del Instituto Europeo de Seguridad Social y de la Confederación Europea de la Agricultura.

Los participantes examinarán en primer lugar un informe del Sr. A. Laur, Presidente de las Cajas Centrales de la Mutualidad Social Agrícola (Francia), consistente en un estudio comparativo de la protección social agrícola en Europa. Este informe presenta de manera esquemática las diferencias que pueden existir en materia de protección social de los agricultores europeos, en cuanto al tipo de organización y al alcance de las prestaciones. Los agricultores europeos, al igual que las demás categorías sociales, se benefician hoy en día de una protección social completa, que abarca todos los riesgos: enfermedad, invalidez, vejez, cargas de familia y accidentes del trabajo. La desigualdad en el tipo de organización de la protección social de los agricultores en Europa va de la integración pura y simple en el sistema general de protección social, al funcionamiento autónomo de un régimen particular propio de los agricultores, pasando por el agrupamiento con todos los trabajadores independientes.

El segundo tema que examinarán los participantes en la reunión de París será la financiación de la protección social agrícola, y sobre esta cuestión presentará un informe el Sr. G. Janssen, Director de la Federación Nacional de Cajas del Seguro contra los Accidentes del Trabajo en la Agricultura (República Federal de Alemania). La financiación de la protección social agrícola plantea uno de los problemas más difíciles de resolver en esta rama de seguro. En casi todos los países europeos, la situación social general de los explotadores agrícolas se ha agravado, debido a que decenas de millares de personas han abandonado la agricultura en el curso de los últimos decenios. Como consecuencia, actualmente hay cada vez menos explotadores para pagar unas cotizaciones cada vez más gravosas. En la mayoría de los países, se observa igualmente un bloqueo de las prestaciones sociales a su nivel actual, sin contar las reducciones de estas prestaciones llevadas a cabo en determinados sectores. Teniendo en cuenta que la población agrícola, más que cualquier otra, necesita precisamente una seguridad social completa, debido a los cambios estructurales que han afectado a esta profesión en el pasado —y que continuarán afectándola en el futuro—, Es necesario hacer todo lo posible para que esta categoría de personas no sufra ningún perjuicio a causa de las prestaciones ni de las cotizaciones. Estos problemas par-

ticulares que se plantean para la financiación del seguro social agrícola han llevado a la creación de diferentes fuentes de financiación en los diversos países europeos. El informe del Sr. Janssen describe el sistema de financiación del seguro social agrícola de la República Federal de Alemania.

El tercer tema inscrito en el orden del día de la reunión trata de las prestaciones pagadas a los asalariados y a los explotadores agrícolas. El informe sobre esta cuestión, presentado por el Sr. Ulrich Kleiber (Austria), es un estudio comparativo de la situación de los asalariados y de los explotadores agrícolas en lo que se refiere a las diferentes prestaciones. En efecto, se ha comprobado que a veces existen desigualdades considerables entre las prestaciones a que tienen derecho los asalariados y aquéllas a las que tienen derecho los explotadores.

Finalmente, la acción sanitaria y social en el medio agrícola será el último tema que examinarán los participantes en la reunión de París. Esta actividad es mucho más personalizada y más cercana del individuo en el medio rural que en el medio urbano, debido a la parcelación del mundo agrícola. Los Sres. H. Kost y M. Delekta (Polonia) presentarán el informe sobre este tema.

### **La prevención de los riesgos profesionales en la agricultura.**

La AISS organizará igualmente en París, el 21 de junio de 1985, una Mesa Redonda internacional sobre la prevención de los riesgos profesionales en la agricultura, cuyo objetivo será estudiar las diferentes posibilidades de armonización de los sistemas de prevención. Parece más necesario que nunca emprender tal acción a nivel internacional cuando es sabido que, como lo muestra un reciente informe de la OIT, el número y la gravedad de las enfermedades profesionales en la agricultura no deja de aumentar, a causa de la creciente utilización de productos químicos tales como pesticidas, herbicidas e insecticidas.

Las discusiones que se mantendrán en estas dos reuniones podrán suscitar numerosas y variadas soluciones, y dar lugar a sugerencias que cada país podrá aprovechar a nivel nacional. Si estos intercambios de ideas dan como resultado, en resumidas cuentas, un fortalecimiento y una consolidación de la protección social agrícola, habrán desempeñado un cometido sumamente benéfico en este campo.



## LIBROS

SAIZ MORENO, L. y COMPAIRE FERNANDEZ, C.— *Animales y Contaminación biótica ambiental*.— Serie Técnica del Instituto de Estudios Agrarios Pesqueros y Alimentarios. Madrid 1985, ISBN 84-7479-362-9, 450 págs. Precio 1250 ptas.

En los últimos años se ha producido un auténtico movimiento científico, cultural e incluso económico en relación con los problemas que plantea el mejor conocimiento, la conservación y la mejora del medio ambiente y dentro de él, el medio natural.

Desde siempre ha preocupado a los expertos en salud pública la participación de los animales domésticos, peridomésticos y salvajes, en la problemática de la contaminación ambiental. Su participación es no sólo como posibles agentes contaminantes y polutores a través de sus residuos orgánicos y excretas al reintegrarse al ciclo de la naturaleza, sino también como víctimas de esa misma contaminación.

Los aspectos bióticos de este flujo de contaminación tienen un enorme interés epidemiológico y sanitario por su posible e indudable interconexión entre la salud humana y animal, que se comporta como un fenómeno de condicionamiento claramente ecológico y tecnológico.

La importante intervención de la masa biótica microbiana en la contaminación y saneamiento ambientales, es en cambio poco conocida y tiene una doble vertiente: la conceptuada clásicamente como acción patógena directa y la que hoy podemos denominar ecológica, es decir, la intervención de estos agentes bióticos en todos los fenómenos condicionantes de la transformación de la materia orgánica en los sistemas de saneamiento y reciclaje, en suma, lo que se define como ecología bacteriana del medio ambiente.

CENTRO ESTATAL DE DOCUMENTACION E INFORMACION DE SERVICIOS SOCIALES.— *Guía de recursos sociales para el ciudadano*. Publicación de la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 166 págs. Madrid 1985.

En Abril del año 1984 aparecía la primera edición de la "*Guía del ciudadano*", auspiciada por el Ministerio de la Presidencia.

En ella, y bajo la rúbrica de "Ayudas complementarias de la Seguridad Social", se pasaba revista a las actuaciones administrativas en los sectores de infancia y juventud, ancianos, minusválidos y personas en estado de necesidad.

La importancia y el desarrollo que el concepto de Bienestar Social ha ido adquiriendo en las sociedades contemporáneas avanzadas y el auge que ha tomado esta actividad en el seno de la Administración española, ha movido a esta Dirección General a proceder a una revisión y actualización en profundidad de aquella primera aproximación plasmada en la "Guía del Ciudadano".

Así, aquel escaso medio centenar de páginas se ha transformado en el presente volumen, que abarca más del doble, e igualmente se ha procedido a una mejor sistematización en el ámbito de los sectores tratados.

Hay que señalar que los Recursos Sociales presentados en este volumen se refieren fundamentalmente a aquéllos gestionados por la Administración Central, y sólo de forma tangencial se tratan aquéllos que son competencia de las administraciones autonómicas o locales.

El contenido de esta Guía de Recursos Sociales para el Ciudadano se ha estructurado en tres grandes apartados: Recursos Sociales de carácter general, Recursos sociales sectoriales y Relación de Organismos e Instituciones.

En el primero se incluyen aquellos recursos sociales que van destinados a todos los sectores de población (dotaciones económicas para la cooperación social con Instituciones de ámbito estatal e internacional y prestaciones económicas individualizadas no periódicas a personas en estado de necesidad) y también aquellos otros que, si bien se destinan a sectores de población específicos, tienen una normativa común en cuanto a su convocatoria (tal es el caso de las Prestaciones económicas a Instituciones de ámbito local, provincial y autonómico para Marginados, Tercera Edad, Toxicómanos y Centros Asistenciales para la Primera Infancia).

El segundo apartado comprende los Recursos Sociales para los siguientes sectores de población: Menores; Familia; Tercera Edad; Minusválidos; Mujer; Refugiados, Asilados y Desplazados; Toxicómanos. En cada uno de estos sectores se ha mantenido la división de los recursos en prestaciones sociales y servicios sociales, según que su uso y disfrute sea individual o colectivo.

Finalmente, se incluye una relación de Organismos e Instituciones, con sus direcciones y teléfonos, que tienen competencia directa en los recursos sociales mencionados en los dos apartados anteriores.

OMS.— *Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual*.— Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1985. ISBN 924 354198 6. 120 págs. Precio: 14 francos suizos. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

La prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual ha alcanzado proporciones inquietantes en muchos países y, en vista de ello, la Organización Mundial de la Salud ha enseñado a sus Miembros las graves complicaciones que pueden producirse si no se aplica a esas enfermedades un tratamiento adecuado y precoz. Tales complicaciones pueden tener importantes consecuencias para el individuo, la familia y la comunidad.

La situación actual no se debe a falta de conocimientos o de recursos sino al hecho de que en muchos países 1) no se han aplicado correctamente ciertas técnicas bien establecidas, 2) dejan que desear las actividades de vigilancia, evaluación y control, y 3) se ha hecho un mal enfoque social y educativo. Si se pretende alcanzar la salud para todos en el año 2000, según el objetivo fijado por los Estados Miembros de la OMS, habrá que abordar este problema de salud pública con un criterio multidisciplinario que comprenda la coordinación de las actividades del personal de salud en todos los niveles y las de los servicios de educación, información y bienestar social.

En vista de la actual situación, y atendiendo a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud, tres grupos científicos de la OMS examinaron diferentes aspectos técnicos del problema; sus informes han aparecido en la Serie de Informes Técnicos. En el presente volumen, preparado a raíz de una reunión celebrada en Washington, en abril de 1982, por un grupo científico convocado para formular estrategias y programas destinados a combatir este grupo de enfermedades, se hace hincapié en la necesidad de integrar esos programas en los planes generales de lucha contra las enfermedades transmisibles y de lograr que participen activamente en ellos los servicios de ginecología, obstetricia, pediatría y urología.

O. M. S.— *"Atención de la Salud Mental en los países en desarrollo: análisis de los resultados de las investigaciones"*.— Informe técnico n° 698.— Ginebra, 1984.— Precio: 6 fr. s.— 63 págs.

Informe publicado como resultado de la reunión celebrada en Ginebra del 15 al 21 de septiembre de 1981, por un Grupo de Estudio sobre Atención de Salud Mental en los Países en Desarrollo, con el fin de discutir las aportaciones que han hecho los profesionales de esta especialidad y considerar lo que la OMS puede hacer para facilitar las futuras investigaciones.

Se abre la introducción dando alarmantes cifras de las personas existentes en el mundo con trastornos mentales: esquizofrenia y demencia 40 millones; epilepsia, 20; incapacitados por afecciones mentales y neurológicas de menor gravedad, 200, a los que hay que añadir los afectados por problemas derivados del consumo de alcohol y estupefacientes y a los que padecen trastornos consecutivos a enfermedades físicas.

Y como tal magnitud de problema no puede solucionarse con los pocos elementos que posee la atención médica tradicional de salud mental (pocos hospitales, número reducido de especialistas etc.) durante los últimos 10 años se han intensificado los esfuerzos por introducir principios descentralizadores en este campo de la salud. Así en 1973 un Grupo de Trabajo, convocado por la Oficina Regional para Europa, elaboró un informe tratando de manera principal las funciones que podrían desempeñar los mé-

dicos de atención primaria en provecho de la salud mental. Tema repetido en 1974 por el Comité de Expertos de la OMS en la Organización de Salud Mental de los Países en Desarrollo.

A esta reunión y hasta la del informe que nos ocupa siguieron: en 1975, un estudio de siete países en desarrollo en colaboración con la OMS y cuya orientación fundamental fue hallar medios apropiados para que trabajadores de salud, no especializados en salud mental, dieran tratamiento psiquiátrico. En 1978, la Oficina Regional para Europa organizó otro grupo de trabajo sobre nuevas formas de atención de salud mental, haciendo hincapié en la necesidad de establecer servicios en los que se pudiera contar con la participación de la comunidad. En 1979, un Cuadro Regional de Expertos de la OMS se reunió en Brazzaville y convino en que, a pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, seguían los mismos factores obstaculizando el establecimiento de servicios modernos de salud mental en África.

Esta publicación está dividida en los capítulos siguientes: Introducción.— Corrientes actuales en el tratamiento de los trastornos mentales en el seno de la comunidad.— La salud mental como parte integrante de la atención general de la salud.— Ciencias de comportamiento y desarrollo de la Comunidad.— Evaluación de la atención de salud mental.— Conclusiones y recomendaciones.— Bibliografía.— Informe anexo de 26 págs., acerca del estudio sobre estrategias para extender la atención de salud mental.

O. M. S.— *"Accidentes del tráfico en los países en desarrollo"*.— Informe técnico n° 703.— Ginebra. 1984.— Precio: 5 fr.s.— 38 págs.

Desde 1966 en la 19 Asamblea Mundial de la Salud, la OMS ha manifestado creciente preocupación por el problema que para la salud pública representan los accidentes de tráfico. Su programa inicial se concentró en las regiones desarrolladas del mundo, pero el desproporcionado aumento del problema en los países en desarrollo ha sido también motivo de inquietud.

Inquietud que se convierte en temor al pedirse a la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud de 1976 que organizara un programa específico para prevenir los accidentes de tráfico. La Conferencia fija entonces los siguientes objetivos:

- intercambiar experiencias e informaciones sobre la naturaleza de los problemas de los accidentes en los países en desarrollo e identificar los diversos aspectos;
- examinar la efectividad de los métodos establecidos para prevenir los accidentes de carretera en los países desarrollados;
- fomentar entre los gobiernos conciencia de las consecuencias que los accidentes tienen para la salud y estimularlos para que apliquen medidas convenientes;
- definir principios fundamentales para formular políticas de seguridad del tráfico, tanto a nivel nacional como internacional.

En 1981, del 9 al 13 de noviembre, se celebra en México una Conferencia Internacional de la OMS sobre Accidentes de Tráfico en los Países en desarrollo, formulando nuevas medidas y recomendaciones. Testimonio de ella es este informe que consta

de trece capítulos: Introducción.— Organización de la seguridad del tráfico y establecimiento de políticas de transporte.— Desarrollo y perfeccionamiento de los sistemas nacionales de notificación.— Comportamiento y educación.— Selección y capacitación.— El alcohol y otras drogas.— Legislación y aplicación de las leyes.— Organización y gestión de los programas de seguridad del tráfico.— Participación de las autoridades de salud pública.— Cooperación internacional.

O. M. S.— *"Investigaciones sobre la tensión arterial en los niños"*.— Informe técnico n° 715.— Ginebra 1985.— Precio: 5 fr.s.— 38 págs.

Tras una introducción en la que se expone brevemente la oportunidad de este informe, consecutivo a la reunión celebrada en Ginebra del 3 al 5 de noviembre de 1983, por un Grupo de Estudio de la OMS, recuerda que la hipertensión arterial es un gran riesgo para la salud en todas las poblaciones del mundo y que, si bien es posible combatir con éxito la hipertensión utilizando medicamentos, la prevención primaria es en general el fin primordial.

Esboza, a continuación, la historia de la lucha sostenida por la OMS ante este problema que, existiendo bastante tiempo atrás, es en la década de los setenta cuando se toma conciencia de él, sucediéndose periódicamente reuniones para el estudio de los precursores de la arteriosclerosis infantil.

Se recogen las contribuciones en los cinco capítulos de que consta este informe:

- 1.— Antecedentes y Principios básicos.
- 2.— Métodos para el estudio de la tensión arterial en los niños.
- 3.— Epidemiología de la tensión arterial en la niñez.
- 4.— Prevención primaria de la hipertensión.
- 5.— Conclusiones y recomendaciones.

*Monografías de la AIIC sobre Evaluación de Riesgos Carcinogénicos de los productos Químicos para el Hombre.*— Volumen 34: Compuestos Aromáticos Policíclicos. Parte 3, Exposiciones Industriales en la Producción de Aluminio, Gasificación del Carbón, Producción de Cok y Fundición de Hierro y Acero, Lyon, Agencia Internacional para Investigaciones sobre Cáncer, 1984, ISBN 92-832-1234-7 (en rústica), ISBN 92-832-1534 (en pasta), 219 págs. Precio: 48 frs. suizos, 20 dólares USA. Distribuido por la OMS para la AIIC. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.

Este volumen de las Monografías de la AIIC es el resultado de las deliberaciones de un Grupo de Trabajo que se reunió en Lyon en octubre de 1983 y es la Parte 3 de una serie de cuatro que tratan de compuestos aromáticos policíclicos y exposiciones a mezclas complejas que contengan estos productos. En la Parte 1 se resumieron y evaluaron los datos químicos, ambientales y experimentales disponibles sobre 48 compuestos aromáticos policíclicos; la parte 2 trató de negros de carbón, aceites minerales y algunas nitroarenas.



El presente volumen evalúa los riesgos carcinogénicos asociados con cuatro procesos industriales: producción de aluminio, gasificación del carbón, producción de Cok y fundición de hierro y acero. Cada monografía comprende secciones sobre: perspectivas históricas; descripción de la industria; exposiciones en el lugar de trabajo; carcinogenicidad experimental y otros datos biológicos sobre mezclas complejas aisladas de atmósferas de trabajo; efectos tóxicos en las personas; informes de casos y estudios epidemiológicos sobre cáncer; resúmenes de datos declarados y evaluación; referencias.

Para dos de las industrias, producción de aluminio y fundición de hierro y acero, el Grupo de Trabajo consideró que los estudios epidemiológicos disponibles proporcionaban *evidencia limitada* de que ciertas exposiciones dentro de las industrias fueran carcinogénicas para el hombre; el humo de alquitrán se consideró que podría ser un agente causal en la industria de producción de aluminio.

En los estudios epidemiológicos referidos en la primera literatura sobre la destilación destructiva del carbón, los datos sobre los efectos debidos al proceso de gasificación del carbón no podían distinguirse de los debidos a la producción de cok. Los primeros estudios se evaluaron, por tanto, separadamente, y el grupo de trabajo considera que había *evidencia suficiente* de que las exposiciones al alquitrán de hulla procedente de la destilación destructiva del carbón producían cánceres cutáneos en las personas. Respecto a la gasificación del carbón, los datos epidemiológicos proporcionan *evidencia suficiente* de que ciertas exposiciones en retortas de viejas plantas de gasificación de carbón son carcinógenas para el hombre dando lugar a cáncer de pulmón. El probable agente casual es el humo de alquitrán de hulla. Los alquitranes de hulla de viejas fábricas de gas se han probado en animales de experimentación mediante aplicaciones tópicas y hay *evidencia suficiente* de que producen cánceres cutáneos. No se dispuso de ningún estudio epidemiológico o experimental sobre procesos modernos de gasificación de carbón. Hay *evidencia suficiente* de que ciertas exposiciones en la industria de producción de cok son carcinógenas para el hombre, dando lugar a cáncer de pulmón (un posible agente causal es el humo de alquitrán de hulla) y *evidencia suficiente* de que las muestras de alquitranes tomados de hornos de cok son carcinógenas para los animales de experimentación.

*Monografías de la AIIC sobre evaluación del Riesgo Carcinogénico de los Productos Químicos para el Hombre. Volumen 35: Compuestos Aromáticos Policíclicos. Parte 4, Betunes, Alquitranes de hulla y Productos derivados, Aceite de esquistos y Hollín, Lyon, Agencia Internacional de Investigaciones sobre Cáncer, 1985. ISBN 92-832-1235-5 (en rústica) ISBN 92-832-1535-4 (en pasta). 271 págs. Precio: 70 frs. suizos, 25,00 dólares USA. Distribuida por la OMS para la AIIC. En España: Librerías Díaz de Santos y Comercial Atheneum.*

Este volumen de Monografías de la AIIC es el resultado de las deliberaciones de un Grupo de Trabajo que se reunió en febrero de 1984 y es la Parte 4 de una serie que trata de los compuestos aromáticos policíclicos y de las exposiciones a mezclas complejas que contienen estos productos. En la Parte 1 se resumieron y evaluaron los datos químicos, ambientales y experimentales disponibles sobre 48 compuestos aromá-

ticos policíclicos; la Parte 2 trató de negros de carbón, aceites minerales y algunas nitroarenas; la Parte 3 consideró las exposiciones industriales en la producción de aluminio, gasificación de carbón, producción de cok y fundición de hierro y acero.

El último de la serie sobre compuestos aromáticos policíclicos es este volumen que comprende cuatro monografías sobre mezclas complejas en que existen estos compuestos: betunes, alquitranes de hulla y productos derivados (creosotas, resinas de alquitrán de hulla) aceites de esquistos y hollines de chimeneas de procedencia doméstica e institucional. Cada monografía comprende: propiedades físicas y químicas; productos técnicos; producción, uso, aparición y análisis; datos de carcinogenicidad en animales; otros datos biológicos importantes sobre sistemas experimentales y sobre personas; informes de casos y estudios epidemiológicos sobre cáncer; resumen de los datos declarados y evaluación; referencias.

Los datos disponibles indican que los alquitranes de hulla y las resinas de alquitrán de hulla están causalmente asociadas con el cáncer en las personas y que las creosotas derivadas de alquitrán de hulla son probablemente cancerígenas para el hombre. El Grupo de Trabajo considera también que hay *evidencia suficiente* de la carcinogenicidad para el hombre de los aceites de esquistos y hollines. No se dispuso de ningún estudio epidemiológico en trabajadores expuestos exclusivamente al betún. El Grupo de Trabajo juzgó que había *evidencia suficiente* de la carcinogenicidad de varios productos en animales de experimentación: extractos de betunes refinados por aire y refinados al chorro; alquitranes de hulla, resinas de alquitrán de hulla, aceites de antraceno, aceites de creosota y creosotas; aceites de esquistos y betunes de aceite de esquistos; y extractos de hollines de carbón y hollines de esquistos de aceite.



## REVISTA DE REVISTAS

ACTA PEDIATRICA ESPAÑOLA. octubre 1984.

POLAINO LORENTE, A.— *El doble riesgo de los nacidos de madres drogadictas (Parte I y II)*, 279-280 y 287-292.

En este trabajo se evalúa el riesgo de los recién nacidos de madres toxicómanas (heroína y metadona). En la revisión bibliográfica realizada se ha atendido principalmente, a los aspectos evolutivos, psicopatológicos y del desarrollo de estos niños (cognitivos, psicomotores, nivel de actividad, atención, sueño, alimentación y socialización). Al final se proponen algunas conclusiones por las que deben considerarse de alto riesgo a estos niños y a sus madres.

Noviembre 1984.

FAUS, M.J. y cols.— *Algunos efectos metabólicos de la alimentación con dietas químicamente definidas. I. Aminoácidos séricos y urinarios.*— págs. 323-328.

Se han evaluado los aminogramas sérico y urinario de ratas alimentadas con diferentes dietas químicamente definidas, que están destinadas a la alimentación de niños con síndrome de malabsorción. Las dietas difieren principalmente en su composición proteica. Nutri-200 contiene una mezcla de aminoácidos libres, mientras que Pregestimil, Nidea liofilizada y Nidea atomizada, contienen hidrolizados de proteínas. Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas en el aminograma sérico con respecto a los animales controles, lo que indica que las dietas son adecuadas para el mantenimiento normal del aporte de aminoácidos, pero sí existe una mayor excreción urinaria. La mayor concentración aparece en el caso de Nidea liofilizada, indicando este hecho un distinto efecto del tratamiento industrial, de tal forma que la liofilización permite un mayor aporte final de aminoácidos.

PITA, M. L. y cols.— *Algunos efectos metabólicos de la alimentación con dietas químicamente definidas: II. Ácidos grasos séricos y fecales.*— pags.— 329-336.

Se ha estudiado el efecto que ejercen cuatro diferentes dietas elementales utilizadas en España en el tratamiento de síndromes de malabsorción (Nieda liofilizada, Nieda atomizada, Nutri-2000 y Pregestimil) con un contenido variable en triglicéridos de cadena media sobre los niveles de ácidos grasos de las fracciones lipídicas del suero en la rata. El coeficiente de absorción de la grasa es significativamente mayor en los animales alimentados con Nieda, en los que se observa también un menor contenido fecal de ácidos grasos de cadena media. En el suero, el ácido palmítico se muestra claramente incrementado en las ratas alimentadas con Nieda, especialmente a nivel de los triglicéridos y ácidos grasos libres no modificándose sensiblemente el ácido esteárico. Por el contrario, estos animales muestran un descenso significativo de los ácidos grasos monoinsaturados (palmitoleico y oleico) a nivel de las cuatro fracciones séricas, efecto que se intensifica para Nieda liofilizada. Los ácidos linoleico y araquidónico no varían significativamente con la dieta. De estos resultados parece desprenderse que un elevado contenido de triglicéridos de cadena media en la dieta, no sólo facilita la absorción de grasa sino que resulta favorable frente a una posible situación de aterosclerosis.

GOMEZ CAMPDERA, J. y cols.— *Fiebre botonosa. Nuestra casuística de verano de 1983.*— pags. 337-341.

Presentamos el estudio clínico de 13 niños diagnosticados de fiebre botonosa el verano de 1983. Las edades oscilaban entre 18 meses y 12 años. El diagnóstico no ofrecía dudas ante los datos clínicos y la confirmación serológica, mediante la reacción de Weil-Félix y la inmunofluorescencia indirecta. No observamos complicaciones salvo datos de hepatopatía exclusivamente analíticos y transitorios en 4 (30%) casos. Fueron tratados con tetraciclinas o cloranfenicol 11 pacientes, todos evolucionaron favorablemente (sin diferencias en la evolución con los dos casos no tratados).

ACTAS DERMOSILIOGRAFICAS. noviembre-diciembre 1984.

GONZALEZ DE CANALES CERISOLA, F. y col.— *Antecedentes, situación actual y perspectivas de erradicación de la lepra en la provincia de Huelva.*— págs. 397-409.

Como históricamente aceptable, se considera que la lepra alcanzaría por primera vez la Península Ibérica a través de las factorías fenicias en tierras tartésicas, encontrándose el principal núcleo tartésico en la actual ciudad de Huelva. Tras analizar el censo de la provincia de Huelva, estudiado a lo largo de los tres últimos años, se contemplan sus posibilidades de erradicación.

ALZATE SAEZ DE HEREDIA, C. y cols.— *Contribución al estudio epidemiológico de las dermatofitosis en la provincia de Madrid.*— pags. 429-434.

Entre los años 1981 y 1983 hemos estudiado en la provincia de Madrid 100 pacientes con dermatofitosis. Todos los casos se confirmaron por cultivo e identificación del agente casual. *T. mentagrophytes* fué el principal agente etiológico, encontrándose en un 50 por 100 de los casos, seguido de *N. canis* en un 33 por ciento. La forma topográfica más frecuente fué la *T. corporis* (62 por 100) seguida de la *T. capitis* (23 por 100).

ACTAS LUSO ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y CIENCIAS AFINES.  
noviembre-diciembre 1984.

GARRALDA HUALDE, M.E. y col.— *Depresión en niños y adolescentes (Aspectos evolutivos en la delimitación de un síndrome)*.— pags.— 369-376.

Desde una perspectiva evolutiva, las reacciones de los niños a las separaciones y a los fallecimientos, los cambios en la temática de los miedos infantiles, nos ayudan a comprender la forma en que se expresa el síntoma de depresión en la infancia. Se comenta sobre el aumento de sentimientos depresivos con la edad y el concepto de equivalentes depresivos. Los trabajos recientes sobre los síndromes depresivos infantiles confirman las semejanzas, pero también algunas diferencias entre síndromes depresivos infantiles y de adultos.

INGELMO FERNANDEZ, J. y col.— *Patrones de conducta sexual en los transtornos alimentarios*.— Pags. 377-384.

Las perturbaciones de la conducta alimentaria son muy frecuentes durante la adolescencia, por otra parte, en la base de tales alteraciones puede existir distintas estructuras psicopatológicas. De ahí la necesidad de utilizar criterios diferenciales amplios y fiables. La exploración de la conducta sexual de un grupo de 63 adolescentes de sexo femenino permitió poner de manifiesto la existencia de "patrones de conducta sexual" que aparecían regularmente en pacientes que presentaban trastornos de la conducta alimentaria. En el presente trabajo se exponen y discuten los resultados de la citada investigación, también se plantea el valor de la exploración de la conducta sexual de las pacientes, ya que ésta puede aportar elementos auxiliares válidos para el diagnóstico diferencial.

SANCHEZ CHAMORRO, M.— *Transtornos psicopatológicos en la marginación y la delincuencia infanto-juvenil*.— pags. 405-407.

Se realiza un análisis psicopatológico de los factores intrapersonales que podrían dar lugar a comportamientos disociales y a la marginalidad, poniendo especial acento en las relaciones precoces del niño con la madre y su entorno. Asimismo se remarca también la importancia de la influencia socioeconómica en la aparición de dichas conductas. El análisis detenido de diversas actitudes que mantiene la sociedad ante la

delincuencia y la marginación infanto-juvenil pone de manifiesto sentimientos generalizados de rechazo, aunque muchas veces sea a niveles inconscientes. Se recomienda una profunda reflexión personal a aquellos profesionales que pretendan dedicarse a este campo de la psicología.

ALLERGOLOGIA ET IMMUNOPATHOLOGIA. noviembre-diciembre 1984.

CARVALHO NEVES FORTE, W. y col. — *Respuesta inmunológica inespecífica en la mala nutrición moderada.* — pags.489-496.

El conocimiento de los niveles de inmunocompetencia en los niños malnutridos es de importancia fundamental dado que la incidencia de esta alteración es elevada en ciertos países y, por otra parte, la malnutrición junto con la infección pueden ser consideradas como las causas principales de mortalidad y morbilidad en el mundo. Existen trabajos en la literatura referentes a los niveles de inmunocompetencia en individuos malnutridos, en este sentido se ha visto un aumento de fosfatasa alcalina en los leucocitos, una reducción del metabolismo leucocitario, reducción en la actividad bactericida normal leucocitaria, niveles normales bajos y elevados de quimiotaxis neutrófila, disminución en la movilidad mononuclear, reducción en componentes del complemento. Sin embargo, la mayoría de los autores basan sus estudios en individuos severamente desnutridos no en malnutriciones moderadas. Por otra parte, existen discordancias en los resultados obtenidos. El objetivo de este trabajo fué medir la función fagocitaria "in vitro", la respuesta quimiotáctica de leucocitos mononucleares, la determinación del complemento total y del C3 y C4 en veinte niños con malnutrición protein-calórica primaria moderada, con edades comprendidas entre los seis meses y los cinco años. No presentaban infecciones concomitantes, no habían recibido transfusiones, anestesia general, corticosteroides o inmunoterapia, por lo menos en los seis meses previos, tampoco habían recibido tratamiento con otras drogas. Como grupo control se estudió un colectivo de 40 niños sanos bien nutridos. En estos dos grupos se estudió la función fagocitaria, actividad quimiotáctica y niveles de complemento. En cuanto a los resultados obtenidos destacaron los niveles significativamente más bajos en fagocitosis en los niños desnutridos con respecto al grupo control. Asimismo los estudios de quimiotaxis dieron resultados bajos en los niños desnutridos. En los niveles de complemento total, así como en los niveles de C3 y C4 no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados. Según estos resultados se puede afirmar que los niños con malnutrición protein-calórica primaria moderada presentan una reducción en la fagocitosis y quimiotaxis debido a un problema intrínseco de los leucocitos mononucleares. Es posible que esta deficiencia en la respuesta inmune inespecífica pueda contribuir a la alta incidencia de infecciones generalizadas por microorganismos intracelulares tales como el *Herpes simplex*, *Candida albicans*, *Micobacterium tuberculosis*, *Pneumocistis carinii* y otros.

BUSINCO, L. y cols.— *Conceptos actuales de la relación entre inmunodeficiencia y alergia*. pags.497-507.

En las pasadas décadas, evidencias clínicas y experimentales han indicado que la inmunodeficiencia puede promover una enfermedad atópica. Estudios llevados a cabo en modelos experimentales han demostrado una correlación entre linfocitos T supresores y respuesta IgE. Hay evidencias circunstanciales que soportan estos datos también en humanos. Un incremento en la formación de anticuerpos IgE puede ser el resultado de un defecto T supresor en los individuos atópicos. Existe una teoría alternativa que relaciona la inmunodeficiencia y la atopía y que se basa en el papel de un defecto primario en los mecanismos inmunorreguladores involucrados en la exclusión y eliminación de antígenos. Además parece aparente que la liberación de mediadores tras la interacción del alérgeno con la IgE induce a una depresión de la inmunidad mediada por células, esto alimenta la amplificación positiva de hiper IgE y disfunción linfocitaria. La relación entre inmunodeficiencia y atopía representa un fenómeno significativo, aunque poco conocido en la medicina actual. Este trabajo pretende revisar los conocimientos actuales sobre este tema. También se revisa el papel de la histamina como mecanismo regulador negativo del sistema inmune. Como conclusiones se pueden apuntar las siguientes. Es evidente que aunque varias líneas han llegado a demostrar una alteración en la función T supresora o en el número de estas células en individuos atópicos, el mecanismo patológico exacto, sin embargo, no es bien conocido. Será importante investigar sobre si la alteración en la actividad T supresora es primaria o secundaria a otros hallazgos en la atopía. Dado que la experiencia antigénica neonatal en un huésped inmunodeficiente es difícil escapar a la conclusión de que la alimentación materna del recién nacido desde la primera semana de vida, es crucial para proteger al niño del riesgo de la atopía.

AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY noviembre 84.

SUAREZ, L. y BARRET-CONNOR, E.— *Interacción entre tabaquismo y diabetes mellitus en la predicción de muerte atribuida a enfermedad cardiovascular*. Págs. 670-5.

Estudios previos han mostrado que el aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos con diabetes es independiente de factores de riesgo de cardiopatía y han sugerido que el efecto de estos factores de riesgo es similar en los diabéticos que en los demás. Para determinar si había interacción entre la diabetes y los factores de riesgo clásicos de cardiopatía (colesterol, presión sanguínea y tabaquismo) en la predicción de muerte por enfermedad cardiovascular, se valoró la fracción etiológica debida a interacción en un seguimiento durante 9 años de 2620 adultos blancos mayores (60-79 años) que residían en Rancho Bernardo, California, 8,7% de los cuales tenían diabetes por su historia o hiperglucemia en ayunas. En estos adultos mayores, la frecuencia de hipertensión categórica, de hipercolesterolemia o el tabaquismo habitual no diferían significativamente en los diabéticos que en los no diabéticos. En conjunto, el riesgo relativo de mortalidad por cardiovasculares ajustado por edad en



tre los diabéticos fué similar al de los no diabéticos para todos los factores de riesgo excepto para el hábito de fumar, para el que el riesgo relativo para los diabéticos fué 2,2 en comparación con 1,2 para los no diabéticos. Los niveles altos de colesterol y de presión sistólica no mostraron interacción con la diabetes pero el hábito de fumar tenía una interacción grande y significativa con la diabetes. De tal manera que una estimación del 65% de las muertes por enfermedad cardiovascular entre los diabéticos podía atribuirse a la interacción de diabetes y el hábito de fumar. Si se confirma, estos datos tienen consecuencias importantes para la prevención de la muerte por enfermedades cardiovasculares en los diabéticos mayores.

SNYDMAN, D.R.— *Un análisis multivariado de los factores de riesgo para la infección por virus de la hepatitis B entre empleados del hospital examinados para vacunación.* Pags. 684-93.

Los estudios previos de factores de riesgo para la infección por virus B de la hepatitis entre personal hospitalario se habían basado en encuestas, en instituciones o se habían analizado con técnicas univariadas. Desde noviembre de 1980 hasta agosto de 1981 los autores realizaron una encuesta seroepidemiológica multiinstitucional de empleados de hospital examinados para participar en un ensayo de vacuna contra la hepatitis B que representaban grupos de alto riesgo para la infección por hepatitis B. Usando un modelo logístico de regresión para analizar los factores de riesgo, los investigadores determinaron las probabilidades relativas e intervalos de confianza del 95% para el riesgo de infección por hepatitis B que eran como sigue: raza (no blanco/blanco 2,4-4,8) ( $p < 0,001$ ), historia de hepatitis vírica de tipo inespecificado (3,6, 2,2 - 5,9) ( $p < 0,001$ ) y empleo en hospitales 1 a 5 en comparación con el hospital 6 (1,8; 1,1; 2,9) ( $p < 0,015$ ). Además, ciertas clases de empleo y la duración del mismo dentro de algunas de estas categorías estaban asociadas a un mayor riesgo de infección con hepatitis B a lo largo del tiempo. Los trabajadores de laboratorio (1,4; 1,2 - 1,7), personal quirúrgico (1,2; 1,1 - 1,4) y el personal médico (1,3; 1,1 - 1,5) tenían un riesgo significativamente ( $p < 0,05$ ) mayor de infección previa con mayor duración de empleo. Esta interacción tiempo-empleo no fué demostrable para el personal de enfermería, de anestesiología, dental, de anatomía patológica o auxiliar. El modelo de regresión logística también muestra que el más elevado gradiente de riesgo de los que trabajan en laboratorio, cirujanos y personal médico ocurre durante los cinco primeros años del empleo. Una estrategia eficaz preventiva, tal como el uso de vacuna contra la hepatitis B, debería plantearse para estos grupos al entrar en el empleo inicial.

LELIE, P.N. y cols.— *Inmunogenicidad y seguridad de una vacuna de la hepatitis B derivada del plasma e inactivada por el calor.* Pág. 694-702.

La seguridad e inmunogenicidad de una vacuna antihepatitis B derivada del plasma e inactivada por calor (CLB) se evaluaron en 471 voluntarios humanos sanos que, tanto en sus ocupaciones como en su vida privada, habían tenido un riesgo mínimo de infectarse con virus de la hepatitis B. Los primeros 202 individuos recibieron

tres dosis de 3 mg de antígeno de superficie de la hepatitis B inactivado por calor (HBsAg) a intervalos de un mes (ensayo A). Un total del 42% al mes después de la inyección, 84% a los dos meses y 93% después de cinco meses se hicieron positivos contra HBs (anticuerpos frente al antígeno de superficie de la hepatitis B). En un segundo estudio al azar (ensayo B) se comparó la inmunogenicidad de cinco dosificaciones diferentes de la vacuna en 269 voluntarios. Cuando la dosis de HBsAg se disminuyó de 3 mg a 1,5; 0,6 y 0,25 mg no se observó disminución de la respuesta anti-HBs. Sin embargo, cuando la dosis se redujo a 0,1 mg de HBsAg, la respuesta de anti-HBs disminuyó significativamente al 63% ( $p < 0,001$ ). En los receptores de las cinco dosificaciones de vacuna no se encontró influencia de la edad y el sexo sobre las tasas de conversión de anti-HBs. Durante el período de observación de ocho meses, ninguno de los vacunados se positivatizó al HBsAg y/o anti HBs (anticuerpo frente al antígeno central de la hepatitis B) y ninguno desarrolló anticuerpos asociados con hepatopatía autoinmune. No se observaron efectos colaterales graves.

LEMP, G.F. y cols.— *La relación entre personal e incidencia de diarrea en centros de atención diurna*. Pag. 750-8.

60 centros de atención diurna fueron seleccionados al azar en Houston, Texas, buscando casos de diarrea mediante llamadas telefónicas durante el período de octubre 1980 a marzo 1981. Se hicieron visitas a cada centro para registro y de nuevo para recoger cuestionarios autoadministrados que se habían enviado por correo al personal de cada centro. Durante los 8 meses de encuesta se declararon 986 casos de diarrea, con una incidencia media por centro de 1,15 casos por 100 personas-semana de observación. Se encontró una correlación significativa positiva ( $p < 0,05$  a  $p < 0,01$ ) entre la incidencia de diarrea en un centro diurno y cada una de las variables siguientes declaradas por el personal del centro: la frecuencia media del cambio de pañales, la frecuencia media de trabajo con niños menores de dos años de edad, la frecuencia media de preparación de comidas, la frecuencia media del servicio de comida a los niños y el porcentaje de personal que cambiaba pañales y además servía las comidas o preparaba comidas a diario. Los centros de asistencia diurna que aceptaban niños menores de dos años tenían 3,55 veces más incidencia de diarrea que los centros que no aceptaban niños menores de dos años. Los centros de atención diurna en que uno o más miembros del personal preparaba comidas, servía comidas y cambiaba pañales a los niños diariamente tenían 3,28 veces más incidencia de diarrea que los centros en que el personal no combinaba diariamente los deberes de cambiar a los niños con el de servir o preparar comidas. Los resultados sugieren que los miembros del personal pueden jugar un papel en la transmisión de diarrea en centros de atención diaria a través del cambio de pañales, la preparación de comidas, el trabajo con niños menores de dos años de edad o la combinación diaria del cambio de pañales con la preparación o el servicio de comidas.

DYERS, T. y cols.— *Vitamina A en la dieta y riesgo de cáncer de pulmón, análisis por subtipos histológicos*. pág. 769-76.

Se realizó un estudio caso-control basado en 427 varones blancos con cáncer de pulmón de los subtipos histológicos escamoso, de células pequeñas y adenocarcinoma y en 1094 varones blancos control admitidos al Instituto Roswell Park Memorial entre los años 1957 y 1956. La relación entre factores seleccionados de la dieta y el riesgo de cáncer de pulmón se examinó para cada subtipo histológico controlando el uso anterior de cigarrillos. Se encontró que la vitamina A en la dieta estaba negativamente asociada con el riesgo de carcinoma de células escamosas y carcinoma de células pequeñas pero no con el de adenocarcinoma del pulmón. No se observó ninguna asociación sin embargo, entre la vitamina C, las grasas o la fibra en la dieta y cualquiera de los subtipos de cáncer de pulmón. Estos resultados sugieren que el aparente efecto protector de la vitamina A sobre el cáncer de pulmón puede ser específico para algunos tipos histológicos.

KOEPSSELL, T.D.— *Modelo loglineal con equipo de computadora poco caro.* pág. 777-87.

Los modelos loglineales están encontrando creciente aplicación en el análisis de datos de estudios epidemiológicos y se les presta mayor atención en cursos de estadísticas para epidemiólogos en formación. Este trabajo describe un programa para microcomputadores, escrito en BASIC, que ajusta modelos loglineales jerárquicos a datos categóricos organizados en cuadros de contingencia de múltiple entrada de cualquier dimensionalidad. Para cada modelo especificado por el usuario, el programa puede dirigirse a calcular y mostrar: 1) dos estadísticas bien ajustadas y sus correspondientes grados de libertad y valores de  $p$ , 2) recuentos celulares esperados bajo el modelo ajustado, 3) estimaciones de máxima probabilidad de los términos del modelo y, para modelos saturados, sus errores estándar, y 4) para modelos que impliquen una variable de respuesta dicotómica, el modelo de regresión logística correspondiente. El programa puede pasar por la mayoría de los microcomputadores con 16 k bites de memoria de acceso al azar incluyendo algunos que cuestan menos de 100 dólares.

Diciembre 1984.

MACMAHON, S.W. y LEEDER, S.R.— *Niveles de presión sanguínea y mortalidad por enfermedad cerebrovascular en Australia y E. Unidos.* pág. 865-75.

Se compararon las distribuciones de la presión sanguínea en dos grupos de sujetos de 25-64 años de edad supervisados en el Estudio de Prevalencia de Factores de Riesgo en Australia y el Estudio de Prevalencia de las Clínicas de Investigación de Lípidos en Norteamérica. En hombres y mujeres de todos los grupos de edad, las presiones sistólica y diastólica fueron más elevadas en el australiano que en el norteamer-

ricano, la prevalencia de hipertensión fué casi doble en el estudio australiano que en el norteamericano, la prevalencia de hipertensión fué casi doble en el estudio australiano. La proporción de población total que recibía tratamiento antihipertensivo fué también mayor en el estudio australiano. Sin embargo entre los sujetos clasificados como hipertensos una mayor proporción estaban recibiendo tratamiento en el estudio norteamericano. Las diferencias en los niveles de presión sanguínea no parecían deberse a diferencias en el índice de masa corporal. En los hombres posibles diferencias en el consumo de alcohol podían responder de algunas de las diferencias en el nivel de presión arterial pero los datos del estudio australiano sugieren que estas diferencias sólo podrían representar una pequeña proporción de la diferencia en la prevalencia de la hipertensión. Las presiones sanguíneas mayores y la mayor prevalencia de hipertensión en el estudio australiano estaban de acuerdo con una mortalidad 40-55% mayor por enfermedad cerebro-vascular en Australia que en Estados Unidos (1968-1977), observada tanto en hombres como en mujeres desde la edad de 45 años en adelante. En Australia en 1978, esta diferencia representaba más de 4.200 muertes en exceso (4% de la mortalidad anual, de las cuales ocurrieron en hombres y mujeres menores de 65 años. La mortalidad por otras enfermedades hipertensivas también fué mayor en Australia que en los EE.UU. lo que dá nuevo apoyo a la sugerencia de que las presiones sanguíneas de la población y la mortalidad relacionadas con la hipertensión son mayores en Australia que en EE.UU.

SCHATZKIN, A. y cols.— *Muerte súbita en el estudio cardiológico Framingham. Diferencias de incidencia y factores de riesgo por sexo y enfermedad coronaria.* págs. 888-99.

La frecuencia de la muerte súbita y los factores de riesgo para ella en hombres y mujeres con y sin cardiopatía coronaria previa se investigaron en el Estudio Cardiológico Framingham basado en la población. La cohorte consistió inicialmente de 2.336 hombres y 2.873 mujeres. Durante 26 años, 146 hombres murieron bruscamente (46% de todas las muertes en varones por cardiopatía coronaria). Un total de 69 hombres sin evidencia anterior de cardiopatía coronaria y 77 hombres sin ella fueron víctimas de muerte súbita. De 50 muertes súbitas en mujeres (34% de muertes femeninas por cardiopatía coronaria), 34 ocurrieron en mujeres sin cardiopatía coronaria previa y 16 en mujeres con cardiopatía coronaria anterior. Las tasas de incidencia y de muerte súbita fueron sustancialmente mayores en hombres que en mujeres y tanto en hombres como en mujeres con cardiopatía coronaria previa en oposición a las que no tenían dicha cardiopatía. Los clásicos factores de riesgo de cardiopatía coronaria, hipertrofia ventricular izquierda, edad, colesterol sérico, número de cigarrillos fumados diariamente, peso relativo y presión sistólica, surgieron por análisis de múltiple regresión logística de la muerte súbita en hombres con cardiopatía coronaria previa. Sin embargo, en hombres con cardiopatía coronaria previa, sólo la hipertrofia ventricular izquierda, el bloqueo intraventricular y no otros factores de riesgos clásicos, fueron predictores positivos de la muerte súbita. Para las mujeres sin cardiopatía coronaria previa, factores significativos fueron edad, capacidad vital, hematocrito, colesterol sérico (marginal) y glucosa sérica (marginal). En mujeres con cardiopatía coronaria

previa sólo el hematocrito fué un predictor consistente. Las razones de las diferencias sustanciales en los perfiles de riesgo de muerte súbita entre hombres y mujeres no son totalmente claros, pero las limitaciones de los datos pueden responder en parte de estas diferencias entre sexos.

SOPKO, H., JACOBS, D.R. y TAYLOR, H.L.—*Medidas dietéticas de actividad física.* págs. 900-11.

Las relaciones entre capacidad cardiovascular, grasa corporal y el número de calorías requerido para mantener el peso corporal establecidas sobre un período de base de tres semanas fueron estudiadas en 21 varones sanos obesos de 20-44 años de edad que participaron en un experimento controlado de alimentación en la División de Epidemiología (antes el laboratorio de Higiene Fisiológica) de la Escuela de Salud Pública Universidad de Minnesota en agosto 1980-junio 1981. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el número de calorías realmente consumidas por kg de peso corporal (kcal/kg) y grasa corporal ( $r = -0.79$ ;  $p = 0.001$ ) y número de calorías consumidas por kg de peso corporal y VOX máximo disminuyó progresivamente a medida que aumentaba la grasa corporal a través de sus cuatro cuartiles. Estas relaciones también se vieron cuando se usó la ingesión calórica declarada de un registro de alimentación de tres días, sin embargo la magnitud fué atenuada. Por otra parte la ingestión calórica desajustada por peso corporal, real o declarada, no estaba relacionada tanto con la grasa corporal como con el VO2 máximo. Para determinar si estas relaciones son verdaderas para sujetos menos obesos, los autores también han analizado y comparado sus resultados con los datos de experimentos de alimentación previamente declarados hechos en la Universidad de Minnesota. Las correlaciones entre índices de grasa corporal e ingestión calórica real fueron similares en ambos estudios. Por tanto, los autores concluyen que en estos varones relativamente jóvenes, sanos y sedentarios con un amplio rango de grasa corporal y peso corporal, las relaciones observadas entre ingestión calórica ajustada por peso corporal, grasa corporal y VO2 máximo reflejan la actividad física habitual. Estos datos confirman las observaciones epidemiológicas de una relación inversa entre ingestión calórica por kg de peso corporal y grasa corporal como una medida de actividad física habitual a largo plazo. Así, estos datos refuerzan la interpretación de que una relación inversa entre ingestión calórica por kg de peso corporal y mortalidad, refleja un efecto positivo sobre la salud de la actividad física a largo plazo. Este índice puede ser especialmente útil en grandes estudios de población.

HATZAKIS, A. y HADZIYANNIS, S.—*Diferencias relacionadas con el sexo en la respuesta de anticuerpos totales y de inmunoglobulinas M al virus de la hepatitis A observados en dos epidemias de hepatitis A.* págs. 936-42.

Sesenta casos sintomáticos y 42 asintomáticos de hepatitis A detectados durante dos epidemias en la isla griega de Creta en otoño-invierno 1976-1979 fueron

estudiados buscando anticuerpos séricos totales e inmunoglobulina M (IgM) específica al virus de la hepatitis A (anti-HAV e IgM anti-HAV) por radioinmunoensayo en fase sólida disponible en el comercio. Todos los casos sintomáticos de hepatitis A examinados durante las ocho semanas desde el comienzo fueron positivos a IgM anti-HAV con una media geométrica de título de 1:3,575 a 0-28 días del comienzo. La probabilidad de positivizar disminuyó progresivamente a partir de entonces: un nivel del 50% se alcanzó al 128 día del comienzo, la media geométrica del título descendió a 1:317 en muestras obtenidas después del 85 día del comienzo. Los pacientes asintomáticos tenían una duración significativamente más corta de respuesta de IgM que los sintomáticos y a los tres meses del comienzo la prevalencia de IgM anti-HAV fué sólo del 33% en el primero comparado con el 95% en el último ( $p < 0,0001$ ). Una prevalencia significativamente superior de títulos de IgM anti-HAV y superiores de IgM anti-HAV total y específica se observó en varones y mujeres. IgM anti-HAV fué positiva en 12 (57%) de 21 muestras de mujeres en comparación con tres (12%) de 24 muestras de varones, recogidas después del 85 día del comienzo ( $p < 0,01$ ). Cinco meses después del comienzo, la probabilidad acumulada de positividad a IgM anti-HAV en mujeres fué 38% comparada con 0% en varones ( $p < 0,05$ ).

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, octubre 1984.

BRANCH, L.G. y JETTE, A.M.— *Hábitos higiénicos personales y mortalidad entre los ancianos. págs. 1126-1129.*

La investigación sobre adultos jóvenes y de media edad ha demostrado que existe una correlación entre ciertos hábitos higiénicos personales y la reducción de la mortalidad. Esta investigación examina la posibilidad de generalizar estos hallazgos a los ancianos que han sobrevivido en su séptima y octava década. Usando datos del Estudio del Panel de Asistencia Sanitaria de Massachussets, examinamos la asociación entre actividad física, hábito de fumar, horas de sueño, consumo de alcohol y número de comidas y las tasas de mortalidad de cinco años. En las mujeres ancianas, el no haber fumado nunca cigarrillos es el único hábito de salud personal que alcanza una relación multivariable estadísticamente significativa con una menor mortalidad. Ninguno de los hábitos higiénicos personales se relacionan significativamente con la mortalidad entre los ancianos varones.

TAYLOR, P.R. y cols.— *Difenilos policlorados: influencia sobre peso al nacer y gestación. Págs. 1153-1154.*

51 niños nacidos de mujeres empleadas en dos instalaciones fabriles con historia de gran exposición a bifenilos policlorados tuvieron un peso medio al nacer de 153 gramos menos que el de 337 niños nacidos de mujeres que habían trabajado en zonas de escasa exposición (90% intervalo de confianza -286 a -20 g) la edad gestacional media fué 6,6 días más corta en los niños muy expuestos (90% IC -10,3 a -2,9 días).

Después de ajustar por edad gestacional, la diferencia de peso al nacer se reducía considerablemente indicando que la reducción observada de peso al nacer se debía principalmente al acortamiento de la edad de gestación en el grupo de alta exposición

Noviembre 1984.

DAVIS, A.L. y cols.— *Programas de autoayuda para dejar de fumar y mantenerse: estudio comparativo con doce meses de seguimiento por la Asociación Americana del Pulmón. Págs. 1212-1217.*

1237 fumadores que respondieron a los anuncios de la asociación del pulmón en cinco áreas geográficas fueron asignados al azar a uno de cuatro grupos y se les envió por correo materiales de la Asociación Americana del Pulmón (1) Folletos (F); (2) folletos más material de mantenimiento (F + M); (3) manual para dejar de fumar (D) y (4) Manuales para dejar de fumar y para mantenimiento (D + M). Cinco entrevistas por teléfono durante un año alcanzaron una tasa de cumplimiento de seguimiento del 95%. Los que no respondieron así como los usuarios exclusivos de pipa y cigarro se clasificaron como fumadores. el 25% dejaron de fumar desde el principio, con un 5% que continuaron abstinentes en (D + M) a los 12 meses frente a un 2% en (F) ( $p < 0,05$ ). Las tasas de prevalencia de no fumadores (no habían fumado tabaco en el mes anterior), por una parte, aumentaron gradualmente después de seis meses, a los 12 meses los que tenían el componente de mantenimiento (F + M) y (D + M), tenían mayores tasas (18%) que (F) (12%) o (D) (15%). Los folletos y los manuales solos fueron menos eficientes. Las crecientes tasas de prevalencia de no fumadores observadas en todos los grupos sugieren que los intentos de dejar seguidos de éxito aumentaron a lo largo del tiempo y que un factor contribuyente puede haber sido el método de seguimiento. Aunque alcance menores tasas de cese que los métodos que requieren la asistencia a un curso, la intervención de autoayuda tiene las ventajas de mayor disponibilidad, flexibilidad y en algunos casos menor coste.

SHEA, J.A. y cols.— *Factores asociados con el uso por los adolescentes de clínicas de planificación familiar. págs. 1227-1230.*

Se revisaron las historias clínicas de una muestra de 498 adolescentes clientes de planificación familiar para documentar las pautas de uso de la clínica. Para una submuestra de 359 adolescentes se explotaron las relaciones entre uso de la clínica y el uso de contraceptivos, características demográficas, relaciones sociales y actitudes contraceptivas. El adolescente medio fué observado durante 15 meses e hizo 3,5 visitas a la clínica. El 22% de los adolescentes no volvieron nunca a la clínica después de la primera visita. Las nuevas visitas tendían a ocurrir a intervalos de 3 meses. En los seis primeros meses, la probabilidad de hacer una segunda visita fué de 0,70, la probabilidad de una tercera fué de 0,45. Los adolescentes cuyas pausas de visita se desviaron de los protocolos de rutina clínica era más probable que fueran usuarios inconstantes de anticonceptivos. La única correlación significativa del uso regular de la clínica fué la satisfacción del adolescente con sus métodos contraceptivos. Los que proporcionaban los servicios deberían asegurarse de que los adolescentes seleccio-



nan un método de anticonceptivos adecuado y seguir estrechamente a los adolescentes cuyas pautas de uso de la clínica se desvían de los protocolos estandar.

SERDULA, N.K. y cols.— *Abortos terapéuticos tras infección por rubeola en el embarazo. El posible impacto sobre la incidencia del síndrome de rubeola congénita.* págs. 1249-1251.

En 1977 un gran brote de rubeola ocurrió en Hawaii. Como las tasas de ataque eran altas entre las mujeres en edad de procrear, realizamos amplios esfuerzos de vigilancia para detectar tanto embarazos complicados por rubeola como casos del síndrome de rubeola congénita (SRC). La vigilancia inicial incluyó una encuesta de médicos y búsqueda en sangre del cordón de IgM específicos en rubeola en niños nacidos después de la epidemia. Dos años después de la misma la comunidad médica fué encuestada de nuevo para identificar niños afectados que fueran pasados por alto inicialmente. No se identificó ningún caso de SRC ni al poco tiempo del brote ni en los dos años siguientes. Además en ninguna de las 5.605 muestras obtenidas de sangres del cordón, se encontraron anticuerpos IgM específicos de rubeola. Mediante vigilancia activa, recibimos 12 declaraciones de rubeola por embarazadas en las cuales 11 determinaron abortar. El uso amplio del aborto terapéutico por las mujeres expuestas puede haber evitado el nacimiento de niños con SRC. La vigilancia de los abortos relacionados con rubeola es un componente importante para valorar el impacto sanitario de la rubeola en una comunidad.

ISTRE, G.R. y cols.— *Enteritis por **Campylobacter** asociada con pollos asados poco hechos.* págs. 1265-1267.

Un brote de enteritis por *Campylobacter* ocurrió en 1982 entre 11 de 15 miembros y amigos de una amplia reunión familiar en Colorado. El comienzo medio de la enfermedad, caracterizada por diarrea, calambres abdominales, fiebre y dolor de cabeza, fué cuatro días después de la fiesta. La enfermedad estuvo asociada con la ingestión de pollo poco cocinado. Dos personas enfermas tuvieron muestras de heces positivas para *C. jejuni*. Ocho de diez enfermos examinados tenían títulos de anticuerpos con fluorescencia indirecta IgM específicos (IFA) a *C. jejuni* mayores o iguales a 32. Los títulos de IFA alcanzaron un máximo a las tres semanas de exposición y disminuyeron a niveles de control dentro de los tres meses después de la exposición. El cocinado inadecuado de las aves puede aumentar el riesgo de estas infecciones.

EPSTEIN, A.M. y cols.— *Los efectos de la formación y la personalidad de los médicos sobre la petición de exámenes en pacientes ambulatorios.* págs. 1271-73.

Estudiamos informes de 351 pacientes hipertensos atendidos por 30 internistas en su práctica privada. Establecimos la correlación entre el uso de pruebas diagnósticas en pacientes externos con las características personales del médico que las solici-



taba. Los formados en escuelas de medicina con orientación académica usaban más pruebas que otros médicos. Las pautas de uso no estaban fuertemente relacionadas con el número de años transcurridos desde su graduación ni con la intolerancia de la ambigüedad de los médicos medida por un instrumento psicológico normalizado. Estos hallazgos sugieren que ciertos tipos de formación pueden predisponer a los médicos a usar más pruebas complementarias.

BROWNELL, K.D. y cols.— *Competiciones de pérdida de peso en el trabajo: impacto sobre el peso, la moral y coste-eficiencia*. págs. 1283-1285.

Tres competiciones de pérdida de peso se realizaron en ambientes de negocios o industriales. Una competición se hizo en tres bancos, las otras dos en industrias, entre equipos de empleados seleccionados al azar o entre departamentos de la industria. El abandono en las competiciones fué menor del 1% y la pérdida de peso alcanzó una media de 5,5 kg. Tanto los empleados como la administración declararon cambios positivos en la moral y en las relaciones empleados/empresa y ambos consideraron la competición importante para el éxito del programa. La tasa coste-eficacia (2,93 dólares por reducción del 1% del porcentaje de sobrepeso) es la mejor declarada hasta ahora.

Diciembre, 1984

NELSON, E.C. y cols.— *Educación para autocuidados médicos en ancianos: Un ensayo controlado para evaluar el impacto*. págs. 1357-1362.

Realizamos un ensayo para evaluar el impacto de la educación para autocuidados médicos en 330 ancianos cuya edad media era 71 años. El grupo de prueba participó en una intervención educativa de 13 sesiones con enseñanzas sobre medicina clínica, estilo de vida y uso de servicios sanitarios. El grupo de comparación recibió una clase-demostración de dos horas. Ambos grupos fueron valorados antes y después de la intervención y un año después de la misma. Los resultados indican que la instrucción para autocuidados médicos, produce mejoras sustanciales, que se mantenían durante un año, en conocimientos de salud, habilidades para actuar y capacidad de confianza, estimula muchos intentos de mejorar el estilo de vida, y genera mejoras de la calidad de vida. El programa tuvo poca influencia sobre la utilización de la asistencia médica o sobre el estado de salud.

BRODY, E.M.; LAWTON, M.P., y LIEBOWITZ, B.— *Política y adecuados cuidados institucionales*.— Págs. 1381-1383.

Los crecientes costes de la asistencia institucional a los ancianos han ocasionado una gran variedad de medidas gubernamentales para reducir los costes. La gente con demencia senil del tipo de Alzheimer (SDAT) será el grupo principal que sufra por estas medidas. Los pacientes de SDAT son tributarios generalmente de los Medios Intermedios de Asistencia (ICF) más que Medios de Enfermería Especializada (SNF) y

por tanto requieren menores inversiones. Como estos pacientes requieren mucha atención y son los que con más frecuencia dependen del Medicaid, se ha dado a las residencias incentivos para que eviten admisiones. Al mismo tiempo los servicios comunitarios para costes de otras partes de los servicios asistenciales están aumentados al ser retenidos en hospitales de agudos cuando no pueden encontrarse camas en las residencias. La SDAT y la dependencia del Medicaid son las principales causas de estos días de retención "administrativamente necesarios" pero en los principales Grupos de Diagnóstico Relacionados pueden incluso cerrar este recurso temporal. Así, virtualmente todas las vías de asistencia se están estrechando para los que más lo necesitan.

BORING, C.C. y cols.— *Actitudes del paciente hacia el consentimiento del médico para investigaciones epidemiológicas.* págs. 1406-1408.

Se valoran las actitudes de los pacientes hacia la necesidad del consentimiento del médico para estudios epidemiológicos. Se enviaron por correo cuestionarios a mujeres con cánceres de mama, de endometrio y de ovario, que habían participado previamente en un estudio por entrevista personal (N=692). De las que respondieron (N=514) sólo el 2% hubieran preferido que su médico hubiera negado la aprobación y la mitad consideraron el permiso del médico necesario. El 35% declaró que su médico les había hablado acerca del estudio antes de la entrevista. Se discuten las consecuencias de incluir el consentimiento del médico en los protocolos de estudio.

VAN PEENEN, P.F.D. y cols.— *Hábito de fumar en empleados de refinerías de petróleo.* págs. 1408-1409.

Se analizaron los hábitos de fumar de empleados varones blancos de una gran compañía de petróleo. Hubo sólo ligeras diferencias en los hábitos de fumar entre los empleados de la refinería y los que trabajaban fuera de la misma. Los empleados asalariados, tanto de la refinería como fuera de ella, fumaban mucho menos que los empleados por horas.

ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA. 15 septiembre 1984.

ROMAN PIÑANA, J.M.<sup>a</sup> y cols.— *Meningitis bacteriana en el niño. Análisis de 181 casos.* págs. 229-237.

Se revisan 181 historias clínicas de niños entre un mes y siete años, diagnosticados de meningitis bacteriana durante el cuatrienio 1978-1982. La máxima frecuencia se dio en el grupo de edad comprendido entre seis meses y tres años y du-

rante los meses de enero a mayo. Entre los gérmenes predominantes hallamos: *N meningitidis* (35 por 100) neumococo (4,9 por 100) y *H. influenzae* (2,7 por 100). El 56 por 100 de los niños presentaron cultivo LCR negativo; todos habían recibido antibióticos previamente. El 6,4 por 100 presentaron complicaciones, siendo más frecuentes en el grupo a germen conocido y en orden de frecuencia: "Shock" séptico, 11 por 100; convulsiones, 6,6 por 100 y derrame subdural, 2,2 por 100. Presentaron secuelas definitivas al 3,8 por 100, siendo la sordera la predominante. De los 181, fallecieron 12 (6,3 por 100), de los cuales 10 por sepsis meningocócica fulminante con "shock" endotóxico. De los 73 niños con germen identificado, 29 fueron seguidos periódicamente clínica y psicológicamente, relacionándolos con un grupo testigo, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

PEDROSA AGUILERA, F. y cols.— *Valor nutritivo de algunos preparados dietéticos infantiles.*— págs. 803-809.

Se han estudiado cinco variedades de preparados dietéticos infantiles comerciales, frente a otros tantos elaborados experimentalmente por nosotros y que equivaldrían a la preparación doméstica. Habiendo encontrado que todos los índices biológicos de calidad proteica son mayores en los lotes experimentales, y lo mismo ocurre para los índices químicos, con sólo una excepción referente al cómputo químico de la variedad "lenguado con patatas". Secundariamente, se ha comprobado que la digestibilidad de las grasas es buena en todos los casos, sin que exista una clara incidencia de los dos procesos de elaboración de la misma. Los factores responsables de estos resultados, una vez descontada la influencia mayoritaria de la esterilización, hay que situarlos a dos niveles: a) Calidad de la fuente proteica de la partida, sobre la que influyen factores subjetivos, tales como selección y limpieza de los materiales originales, y b) Condiciones de elaboración, entre las que destacan las diferencias en la cocción.

MARTINEZ FRIAS, M.L. y cols.— *Estudio epidemiológico descriptivo de las anomalías congénitas del sistema nervioso central en España.*— págs. 810-821.

Se presenta un estudio epidemiológico de las cinco anomalías más frecuentes del sistema nervioso central: anencefalia, espina bífida, encefalocele, hidrocefalia y macrocefalia. Sobre un total de 409 recién nacidos vivos con alguna de estas anomalías, recogidos en 46 maternidades repartidas por toda la geografía española, durante los años 1976 a 1982, analizamos su prevalencia en el momento del nacimiento, distribución temporal, distribución geográfica, proporción sexual, edad gestacional, peso al nacer y edad materna. Para el análisis de alguna de estas variables hemos separado los distintos tipos de anomalías en tres grupos, dependiendo de si se presentaban como único defecto en el recién nacido (aisladas) junto con otros defectos en su cuadro no sindrómico (asociadas) y formando parte de un síndrome descrito (síndromes). Esta separación es un intento de formar grupos etiopatogénicos homogéneos sobre los que poder aplicar metodología epidemiológica con garantía para interpretar correctamente los resultados.

Enero 1985.

AQUER DE, A. y cols.— *Transmisión vertical de la hepatitis B a partir de madre portadora HBeAG negativa y anti HB positiva.*— págs. 33-35.

Se presenta un caso de transmisión vertical de la hepatitis B con desarrollo de hepatitis sobreaguda en el recién nacido, hijo de madre HB negativa y anti HBe positiva. Hasta hace muy poco tiempo se creía que la transmisión perinatal de la hepatitis B sólo se daba en aquellas madres portadoras del HBeAG con HBeAg positivo y anti HBe negativo. El caso presentado nos advierte que todas las madres portadoras del HBeAG son potencialmente transmisoras de la enfermedad y, por tanto, en todos sus hijos debe hacerse inmunoprofilaxis de la misma. También se confirma la impresión actual de que, caso de presentarse la infección en estos niños, no se sigue el estado de portador crónico con gran frecuencia se observa cuando la madre portadora es HBeAG positiva.

Febrero 1985.

NAVARRO, M. y cols.— *Intoxicación por vitamina D3 y secuelas irreversibles.*— págs. 99-106.

Se revisan 24 niños afectos de intoxicación por vitamina D que han sido controlados entre uno y trece años ( $\bar{x}$ : cuatro años y siete meses). El 66,6 por 100 recibieron altas dosis de vitamina por indicación del médico y un 16,6 por 100 por autoprescripción materna. El cuadro clínico se manifiesta por un cortejo sintomático a nivel renal, digestivo y neurológico, cuya gravedad e intensidad está en relación con la dosis diaria administrada, mientras que las secuelas a largo plazo dependen más del tiempo durante el que se mantuvo la ingestión. La asociación de dieta hipocálcica con corticoides y/o furosemida corrigió fácilmente la hipercalcemia en menos de un mes en el 81 por 100 de los casos, pero durante la fase aguda fallecieron dos enfermos y presentaban secuelas 22,7 por 100 (cinco con fallo renal crónico, uno de ellos en programa de hemodiálisis y tres de tipo neurológico).

ANALES DE LA REAL ACADEMIA DE FARMACIA. octubre-diciembre 1984.

MUÑOZ, M.J. y cols.— *Control microbiológico de medicamentos de un centro hospitalario.*— págs. 625-636.

Los resultados obtenidos en el análisis microbiológico de distintas formas farmacéuticas líquidas, prueban el enorme interés que reviste la realización de estos estudios en plantas hospitalarias. Estos controles periódicos evitarían la elevada inciden-

cia de aparición de enfermedades nosocomiales, causa frecuente del alargamiento del tiempo de permanencia del enfermo en los centros hospitalarios, con el consiguiente gravamen económico que ello supone. Consideramos además, que el establecimiento de estos controles microbiológicos, ayudaría a disminuir la aparición de cepas resistentes a los antibióticos de uso habitual, problema que dificulta enormemente el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

BARASOAIN, I. y cols.— *Problemática y aplicaciones de los anticuerpos monoclonales en inmunodiagnosis y tratamientos inmunobiológicos.*— pags. 677-700.

Se revisan la teoría científica, metodológica y aplicaciones biomédicas de los anticuerpos monoclonales. Con este motivo se indican algunos datos personales a) sobre inmunogénesis de endotoxinas de *Pseudomonas aeruginosa* y sus posibilidades de transferencia por mARN, y b) sobre algunas particularidades en la obtención de híbridos interespecíficos anti H-Y, así como su posible aplicación al diagnóstico de algunas anomalías sexuales. Finalmente se consideran las perspectivas de esta tecnología en Biomedicina.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. diciembre 1984.

MORON, C. y cols.— *Eliminación del bocio endémico en escolares del Valle de Lerma, Salta, Argentina.*— pags. 471-477.

Se realizó un estudio en el Valle de Lerma, provincia de Salta, situado en el noroeste de la República Argentina, con objeto de evaluar los resultados de la profilaxis del bocio endémico con sal yodada vigente desde 1963. En 1980 y 1983 se investigó la prevalencia de bocio en 13.030 escolares de 4 a 15 años de edad, y en una submuestra integrada por el 2% de esta población, la yoduria. Se analizó, además, la evolución de la endemia a través de estudios efectuados desde 1924. Se encontró que la endemia bociocretínica, clasificada por su gravedad de grado III antes de la profilaxis con prevalencia de bocio de 41,3% en la ciudad capital y 89,6% en las zonas semiurbanas y rurales, había descendido a 5,0%. No se observó la presencia de bocio difuso de grado II ni modular. La excreción urinaria de yodo aumentó de 9,3  $\mu\text{g}/24$  horas a 110  $\mu\text{gI/g Cr}$ . Estos resultados indican que el bocio endémico ha sido eliminado en los escolares del valle de Lerma.

CAETANO, R.— *Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América latina. Revisión bibliográfica.*— págs. 497-525.

Las investigaciones epidemiológicas de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina han venido llevándose a cabo durante casi 30 años. Sin embargo muy pocos países han demostrado un interés suficientemente sostenido

para proseguir los estudios sobre la ingestión de bebidas alcohólicas durante todo este periodo. En la primera sección del artículo se examinan las estadísticas sobre la mortalidad relacionada con el alcohol, los ingresos a hospitales psiquiátricos y los accidentes de tráfico. En la segunda se hace una revisión de los estudios de las prácticas de beber en comunidades. Los resultados muestran marcadas diferencias en las normas sobre el consumo de alcohol aplicadas y practicadas por hombres y mujeres. Beber excesivamente y ponerse ebrios es, en su mayoría, práctica de los hombres. Las mujeres son abstemias o bebedoras moderadas. Entre los hombres la tasa de alcoholismo varía de 5% en Argentina a 10% en Colombia y la prevalencia de beber con exceso va de 12% en Argentina a 28% en Chile o 26% en algunas partes de Costa Rica. Aunque los estudios etnográficos muestran que el beber excesivo es común entre los indígenas, parece también que tienen más tolerancia para los efectos de esas prácticas y una menor cantidad de problemas. Como la mayoría de las investigaciones realizadas se enfocan sobre el alcoholismo en lugar de observar los problemas relacionados con el alcohol en general el panorama que estos estudios proveen es limitado. Teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones y sus limitaciones metodológicas se hacen sugerencias para el desarrollo de investigaciones epidemiológicas sobre el alcohol en América Latina, entre ellas, la creación de un centro de información sobre literatura científica sobre el alcohol, el aumento de las oportunidades de adiestramiento para los investigadores y la renovación de las perspectivas de los estudios sobre el alcohol de manera que incluyan una escala más amplia de problemas.

PEÑA, M. y cols.— *Enfoque multidisciplinario de la investigación en salud en Cuba*.— págs. 438-556.

La necesidad apremiante de resolver los complejos y variados problemas de salud en los países del Tercer Mundo obligan a la utilización del potencial científico-técnico de las universidades. En Cuba, donde el rápido desarrollo del Sistema Nacional de Salud exige el enfoque multidisciplinario de dichos problemas se ha creado en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana una Unidad de Ciencia y Técnica para llevar a cabo investigaciones sobre problemas prioritarios de salud, sin descuidar los aspectos científico-teóricos que requieren investigaciones básicas. La estrategia de trabajo de la Unidad que centra los esfuerzos de los investigadores integrados en grupos multidisciplinarios unifica personal de diversas instituciones y permite abarcar regiones geográficas alejadas de la Unidad. De hecho, el 60% de las investigaciones en la Unidad están vinculadas a otras instituciones en la provincia Ciudad de la Habana y fuera de ella. Según la planificación inicial de los temas de estudio se hacen necesarias la introducción y adaptación de tecnologías ya existentes, y el diseño de otras propias que luego se ofrecen a países con problemas semejantes. Esta experiencia de incorporación multidisciplinaria para solucionar problemas de salud mediante la integración de las ciencias básicas y clínicas puede ser de utilidad a otros países en desarrollo, particularmente en América Latina.

BOLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. noviembre-diciembre 1984.

COTSCHLICH, E.C.— *Puesta a punto de una vacuna antigonocócica: perspectivas, estrategias y táctica.* págs. 837-846.

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un enorme problema de salud pública en casi todas las partes del mundo. El presente artículo, consagrado a la gonococia indica la amplitud del problema, pasa revista a los conocimientos actuales sobre los mecanismos moleculares que el gonococo pone en juego para establecer la infección y describe la inmunoquímica y la genética de sus antígenos de superficie. Se subraya la heterogenicidad marcada de los pili y de la proteína II, ella representa probablemente una respuesta del microorganismo a la presión selectiva ejercida por el sistema inmunitario humano. Esto prueba la eficacia de este sistema y deja esperar el éxito de la vacuna antigonocócica. Se resumen las perspectivas que ofrecen los antígenos actualmente en estudio en un cierto número de laboratorios, así como las estrategias establecidas para resolver los problemas que plantea la heterogenicidad antigénica.

*Autoexploración en la detección precoz del cáncer de mama: Memorandum de una reunión OMS.* págs. 861-869.

La autoexploración de la mama interesa para la detección precoz del cáncer de mama, especialmente en zonas en que la mamografía y el examen físico regular de las mamas no son practicables como política sanitaria. Actualmente, hay insuficiente evidencia de que la autoexploración de la mama es eficaz para reducir la mortalidad por cáncer de mama. Para determinar su eficacia este método debería aplicarse en un programa comprensivo que proporcionara enseñanza y orientación sobre práctica de la técnica y facilidades para autorreferencia y diagnóstico (cuando se detecta cualquier anormalidad) así como tratamiento, teniendo en cuenta la base (económica, social y cultural) del país o zona implicada. Una vez desarrollado el programa, su eficacia para reducir la mortalidad por cáncer de mama tendrá que valorarse en estudios de investigación cuidadosamente diseñados. El diseño predilecto para valoración es un ensayo controlado al azar. Otros tipos de estudios, tales como comparaciones casi experimentales o estudios caso-control, son menos satisfactorios pero pueden ser realizable bajo condiciones estrictamente controladas. Hasta que se establezca la eficacia de la autoexploración de la mama, no puede recomendarse como una medida sanitaria para el control del cáncer de mama.

HINSHAW, V.S. y cols.— *Comparaciones antigénicas de virus en colaboración.* págs. 871-878.

El objeto de este estudio colectivo internacional era comparar aislamientos recientes de virus gripales obtenidos en el cerdo y determinar la existencia eventual de



diferencias antigénicas significativas según la procedencia geográfica. Para comparar los virus H1N1 aislados en los cerdos, los pájaros y las personas en doce países diferentes, se ha procedido a reacciones de inhibición de la hemaglutinación utilizando como material sueros de hurones infectados y anticuerpos monoclonales dirigidos contra las cepas H1N1. Utilizando A/NJ/8/76 como cepa de referencia, se ha mostrado que la hemaglutinina de los aislamientos procedentes de Hong-Kong, de Italia, del Japón y de los Estados Unidos era prácticamente indistinguible de la del virus típicamente asociado al cerdo, es decir A/NJ/7/76. Por el contrario los aislamientos recientes obtenidos en diversos países de Europa (Bélgica, Dinamarca, España, Francia y República Federal Alemana) presentaban diferencias en relación con la cepa A/NJ/8/76, a juzgar por las pruebas practicadas en los diferentes laboratorios. Estos resultados sugieren que los virus H1N1 presentes en los porcinos son aintigénicamente heterogéneos y que la circulación de ciertas variantes está ligada a la localización geográfica de los animales. Se trata pues, ahora de saber si estos virus proceden de la misma fuente, es decir de los porcinos, y han sufrido un deslizamiento antigénico o si se han introducido por otros huéspedes tales como pájaros.

MANNEN, K. y cols.—*Aumento de la sensibilidad de la prueba de inhibición de la hemaglutinación en vistas a la investigación de anticuerpos antirrábicos.* págs. 883-894.

La presencia en los sueros humanos y animales de inhibidores no específicos de la hemaglutinación del virus de la rabia y la debil sensibilidad de la prueba de inhibición de la hemaglutinación (IH) para la investigación de anticuerpos antirrábicos, son las dos principales razones que hacen que esta prueba no sea casi utilizada para el estudio de la rabia. El presente informe describe un nuevo método que permite eliminar estos inhibidores no específicos. El tratamiento durante 30 minutos a la temperatura ambiente, de suero diluido al 1:2 por un volumen igual de ácido silícico coloidal a 50 g/litro (Aerosil) ha permitido llevar a un nivel indemostrable los inhibidores séricos en el hombre, el ratón y el perro, a la dilución de 1:4 utilizada al comienzo de la prueba. en el caso del suero humano ha sido preciso que el tratamiento con Aerosil estuviera precedido por un tratamiento con acetona para eliminar completamente a los inhibidores inespecíficos. Este tratamiento supone ciertamente la pérdida de una parte de los anticuerpos neutralizantes contenidos en el suero, pero en una proporción que sigue siendo sensiblemente la misma que con el tratamiento actual por el caolín. La sensibilidad de la prueba ha sido reforzada por el empleo de eritrocitos de oca tratados por el Bromelain. Después de este tratamiento los eritrocitos se han mostrado mucho más sensibles al poder aglutinante del virus de la rabia. Los títulos de IH obtenidos con estos eritrocitos en los sueros tratados con Aerosil eran 3-6 veces más elevados que los títulos obtenidos con eritrocitos no tratados en un suero tratado con caolín. Títulos débiles de anticuerpos han podido medirse con una sensibilidad más grande en el suero de sujetos vacunados cuando se ha asociado al tratamiento de suero por el Aerosil y el empleo de eritrocitos de oca tratados por el Bromelain.



BRABIN, B.J. y cols.— *La influencia del paludismo y de la gestación sobre la respuesta inmunitaria a una o dos dosis de anatoxina tetánica absorbida.*— Págs. 919-930.

Este artículo aporta los resultados de un estudio efectuado en un hospital sobre la respuesta en anticuerpos a la anatoxina tetánica absorbida en las primigestas y multigestas que viven en condiciones de paludismo holoendémico en el oeste de Kenia. Las mujeres que no tenían antecedentes en absorción antipalúdica fueron estudiadas en el momento de su primera visita prenatal (día 0) y seguidas ulteriormente, se les tomó sangre por vena en el día 7 (primigestas solamente) en el día 28 y el 56. Todas las mujeres fueron vacunadas en el día 0 y en el día 28 por medio de una anatoxina purificada absorbida (10 Lf; 3, 0 mg de fosfato de aluminio como adyuvante). Los anticuerpos fueron medidos por medio de una técnica de titulación con inmuoabsorbente unido a una enzima (ELISA). Un total de 72 primigestas y 115 multigestas se presentaron en el día 28, mientras que no había más que 40 y 28 respectivamente en el día 56. Los resultados fueron analizados en función de la parasitemia del *Plasmodium falciparum* observado a lo largo del periodo de seguimiento. Todas las primigestas y multigestas independientemente de la presencia o ausencia de parasitemia en los diversos estados del seguimiento dieron buenas respuestas primarias y secundarias después de la vacunación. Las respuestas primarias se obtuvieron principalmente en las primigestas que presentaban una distribución binodal de los títulos antitetánicos en el día 28 como respuesta a la primera vacunación, pero no durante los otros exámenes. No se observó una distribución bimodal después de la revacunación. La dinámica de las respuestas secundarias era parecida a la señalada por Gottlieb y cols. en los sujetos con buena salud (mujeres no grávidas y hombres). La edad del embarazo no tenía ninguna influencia sobre la respuesta postvacunal medida en el día 28. Otros estudios que comportan un esquema de dos dosis han mostrado que había algunos sujetos que no respondían a la vacunación, y se estima que las mujeres deben ser revacunadas durante los embarazos posteriores. Todas las mujeres deberían responder con títulos elevados de anticuerpos antitetánicos después de la dosis de revacunación recibida durante un embarazo ulterior.

CANADIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. septiembre-octubre 1984.

McSWEEN H.M. y cols.— *Hepatitis viral: Aspectos prácticos de la lucha contra la infección en el medio hospitalario.*— pag. 379-383.

En este artículo presentamos un método de detección y eliminación de la hepatitis viral en el marco hospitalario. Este método es sugerido como consecuencia de las numerosas preguntas que nos han hecho sobre los sujetos que parecen a veces faltos de interés. Este campo cambia rápidamente y, con la aparición de nuevos marcadores y vacunas, no es sorprendente que el personal sanitario se plantee las cuestiones concernientes a esta infección. Intentamos ofrecer aquí una guía práctica aunque provisional.

TOBIN, R.S.— *Encuesta sobre la utilización de los filtros de carbón activado para la depuración del agua en los hogares canadienses.*— pág. 384-387.

Los filtros de carbón activado son utilizados en numerosos hogares canadienses para mejorar la apariencia del agua y eliminar ciertos productos químicos. El modo de acción del carbón activado crea una rica base nutritiva derivada del agua que puede favorecer la proliferación de bacterias que llegan a meterse en el filtro y que son seguidas liberadas en el agua efluente. En el cuadro de evaluación de los riesgos que puede tener para la salud la utilización de carbón activado en los dispositivos de tratamiento de las aguas domésticas, ha sido realizada una encuesta en vistas a determinar la proporción de canadienses que emplean los filtros de carbón activado y la manera en que se sirven de ellos. Se estima que 1,4% de las familias que habitan los 16 pueblos comprendidos en la encuesta los utilizan. En estos centros, unas 160.000 personas están expuestas al agua que ha pasado a través de estos filtros, ya sea por ingestión del agua o de bebidas, por contaminación de los alimentos, por inhalación de aerosoles, por contacto con heridas o por la piel, por contacto con el cuerpo en el baño o la ducha, y por contaminación de los humidificadores y vaporizadores.

DAB, W. y cols.— *Conocimiento científico y acción en salud pública: la utilidad de la investigación en la elaboración de un programa de salud.*— pág. 388-392.

Presentamos en este artículo una forma de análisis que permite apreciar en cada una de las etapas de elaboración y puesta en marcha de un programa de salud comunitaria, hasta que el punto de las informaciones suministradas por las actividades de investigación pueden ser útiles.

Esta forma de análisis responde a una concepción de la salud comunitaria como proceso de cambio en la comunidad, cambio que nosotros calificamos como socio-técnica. A fin de comprender en que etapa del proceso de planificación en salud pública la investigación podría jugar un papel, hemos intentado hacer resaltar en cada una de estas etapas las cuestiones a las cuales es preciso responder, cuestiones que constituyen por otra parte núcleos de decisiones. Se discute aquí, para cada uno de los núcleos las condiciones de decisión y presentamos en detalle el aporte de la investigación. Una categorización de la investigación coherente con nuestro cuadro de análisis es finalmente propuesto.

HILL, G.B. y cols.— *Frecuencia óptima de los exámenes destinados a detectar las enfermedades de estado pre-sintomático.*— pág. 419-424.

Hay dos maneras de reducir el número de fallecimientos e incapacidades atribuidas a una enfermedad: limitar su incidencia o mejorar las perspectivas que afectan a las víctimas. Cada método puede ser subdividido. La incidencia de la enfermedad puede ser atenuada reduciendo la prevalencia de las causas o haciendo bajar la vulnerabilidad de las personas expuestas. Se puede mejorar el pronóstico perfeccionando el tratamiento de los pacientes o detectando y tratando la enfermedad ante la

aparición de los síntomas. En este artículo, nos concentramos sobre esta última estrategia.

DEL GRECO, L. y SPITZER, V.O.— *El auto-examen de los senos: una necesidad de respuestas científicas.*— pág. 425-428.

El cáncer de mama es una amenaza constante para la salud y el bienestar de las mujeres. A pesar de los progresos en radioterapia, quimioterapia y cirugía, las tasas de mortalidad debidas al cancer de mama no han cambiado.

Actualmente, el despistage del cancer de mama, que comprende el auto-examen de los senos, el examen físico y la mamografía pueden ser el único medio de luchar contra esta enfermedad.

La documentación concerniente a los tres métodos ha sido estudiada y los avances de cada una discutidos.

La investigación ha respondido y continúa respondiendo a varias cuestiones sobre la mamografía y el examen físico. Respecto al auto-examen de los senos, su eficacia está aun por probarse.

CORBER, S. y cols.— *Evaluación de los efectos de la frecuencia de las inspecciones sobre las condiciones sanitarias de los establecimientos de restauración.*— pág. 434-438.

El objeto de este estudio fue detectar en qué medida la frecuencia de las inspecciones de los establecimientos de restauración influye sobre su higiene. El análisis se ha hecho por medio de un estudio ciego con un grupo testigo de 400 establecimientos de restauración en la Región de Ottawa-Carleton elegido al azar.

Los resultados han revelado que el hecho de aumentar la frecuencia de inspecciones a los establecimientos de restauración de 6 a 12 por año no entraña mejoras de orden higiénico en el establecimiento. Otras medidas podrían ser más eficaces. Las grandes diferencias observadas frente a la media dan a entender, por otra parte, que algunos establecimientos manifiestan graves lagunas de una a otra que deben ser regulados separadamente.

GOODINE, L.A. y FRIED, P.A.— *Métodos de alimentación del niño de pecho: Factores pre y postnatales que pueden influir en la elección del método adoptado y la duración de la lactancia materna.*— págs. 439-444.

288 mujeres en su mayoría de clase media, que han participado en el estudio prospectivo Prenatal de Ottawa, han servido de sujetos para una encuesta sobre la duración de la lactancia natural y los factores determinantes en la detención de dicha lactancia. En el hospital un 84% de la muestra de sujetos practicaron la lactancia mientras que 5 o 6 meses más tarde, sólo un 56% de las madres lo hacían. La mediana edad del destete era de 7,1 meses, la razón principal para dejar la lactancia en el pri-

mer mes era la insuficiencia de leche, mientras que entre los 3 y 6 meses eran las consideraciones prácticas las que influían en la decisión de detener la lactancia. Entre los factores exteriores que hacían volver positivamente a la práctica de la lactancia materna se encontraba el nivel de instrucción de la madre y la ausencia de tabaquismo. La duración de la lactancia materna estaba en relación directa con la ausencia de tabaquismo así como con la ausencia de un suplemento nutritivo al bebé durante su estancia hospitalaria. Los factores que pueden influir en la duración de la lactancia materna son tratados aquí.

BURNS A. G. B.— *Servicios de salud comunitaria para las personas ancianas.*— págs. 458-462.

Un estudio realizado sobre el primer año del programa puesto en marcha por el Departamento de la Salud Pública de Toronto, concerniente a las personas de edad en peligro, es aún discutido. El perfil de los sujetos del programa y de un grupo comparativo refleja lo mismo que otros estudios. El programa facilita sensiblemente el uso de la unidad de evaluación geriátrica por las personas de edad seriamente en riesgo y nuestra que los diversos medios puestos en práctica por el personal de enfermería de la salud pública, aparte de las visitas a domicilio, permiten vigilar el estado de las personas de edad en peligro serio. Se recurrió a una combinación de servicios sociales y sanitarios. Los sujetos del programa tenían menos tolerancia a utilizar los servicios de los hospitales y de los médicos que lo previsto. En los dos grupos, los individuos que se consideraron como que estaban en un nivel en que podían ser admitidos, que están en condiciones de ser admitidos en un establecimiento eligieron en general quedarse en la comunidad que ellos aceptan, y están en condiciones de utilizar los servicios de asistencia médica a domicilio. Se describe igualmente las actividades del personal de enfermería de la salud pública.

FONTILLES. mayo-agosto 1984.

TERENCIO DE LAS AGUAS, J.— *Epidemiología y control de la lepra en España.* págs. 511-521.

Después de hacer un resumen histórico sobre el origen de la lepra en España y el inicio de las estadísticas oficiales, se expone la forma de lucha, la distribución de la lepra en cuatro focos y el número total de enfermos e índices de prevalencia e incidencia.

Septiembre-diciembre 1984.

CHOVER GARCIA, F. y cols.— *Estudio epidemiológico de la enfermedad Hanseniana en la provincia de Valencia.*— págs. 607-630.

Se presentan los resultados del estudio de 622 enfermos de lepra en la provincia de Valencia. Se han valorado parámetros socio-sanitarios de cara a establecer con claridad la actual situación provincial de esta enfermedad. A su vez presenta un breve análisis sobre algunos aspectos hospitalarios de este tipo de enfermos en la última década.

TARABINI CASTELLANI, G. y cols.— *Base y metodología para un estudio profiláctico antileproso con M. leprae purificado de lepromina de armadillo y M. bovis.*— págs. 631-637.

Los autores explican los métodos y conclusiones obtenidos de su largo estudio sobre la inmunidad de la enfermedad de Hansen. El estudio empezó en 1960 en el Sanatorio de Fontilles (Alicante), España y se continuó en Somalia. Consiste en observar los cambios inmunológicos en los pacientes después de inyectarles intradérmicamente lepromina integral, lepropina A (de armadillo) y ver el resultado profiláctico de la mezcla de BCG + lepromina A. En todos los casos se mide la cicatriz resultante de inyección intradérmica.

GACETA SANITARIA DE BARCELONA noviembre-diciembre 1984

GERVAS, J.J. y cols.— *La implantación de los centros de salud.*— págs. 229-232.

La estimación de las consecuencias provocadas por cambios en el sistema sanitario busca una aproximación científica a la planificación. Se presenta en este estudio una estimación del impacto que puede originar la implantación de los Centros de Salud en el Valle del Nalón (Asturias). Se deducen que disminuirán las consultas del IN-SALUD en atención médica primaria y de especialistas, disminuirán los análisis y se mantendrán aproximadamente el número total de radiografías, aunque con una nueva distribución. Se implantarán actividades programadas que requieran la capacitación y actualización de todo el personal, se requerirá una dotación suplementaria de personal de enfermería, de trabajadores sociales y de odontólogos.

FERRER ESCOBAR, M.D. y cols.— *Aislamiento de salmonelas en manipuladores de alimentos en la ciudad de Barcelona.*— págs. 233-236.

Se ha valorado la incidencia de portadores de salmonelas gastroenteríticas en manipuladores de alimentos de la ciudad de Barcelona, determinando serovars, biotipos y antibióticos de las cepas aisladas. Se efectuaron 461 coprocultivos, aislándose 6 cepas de *S. enteritidis* (1,30%) correspondientes a 3 biotipos diferentes. Los serovars fueron: *typhimurium*, *heidelberg*, *enteritidis*, *virchow*, *essem* y una cepa cuya identificación no se pudo completar 0:3,10 H:eh. en el estudio de sensibilidad se hallaron dos cepas resistentes al cloranfenicol, cuya C.M.I., era 16 µg/ml.

GOMEZ, B. y cols.— *Evolución de los niveles de vacunación en la población escolar de un barrio industrial.* págs. 237-240.

A partir de los datos recogidos por el equipo de salud se intenta evaluar la incidencia del programa de inmunizaciones comparando las prevalencias de niños bien vacunados de un barrio de Hospitalet de Llobregat entre el curso 1982-83 y el 1983-84, teniendo en cuenta las diferencias de edad y de tipo de escuela.

HIPERTENSION. febrero 1985.

SWIET, M. de y cols.— *Tensión arterial en niños de cuatro y cinco años de edad: efectos del medio ambiente y de otros factores en su medición. El Estudio Brompton.*— págs. 73-78.

Se midió la tensión arterial sistólica en un total de 1855 ocasiones en 1307 niños de cuatro y cinco años de edad y se la comparó con los valores obtenidos desde el nacimiento en esos mismos niños. Se apreció un incremento rápido de la tensión arterial durante el primer mes de vida; desde ese momento, la tensión arterial media sólo aumentó desde 93 mm Hg a los seis meses hasta 98 mm Hg a los cinco años. A lo largo de este periodo el percentil 95 fué de 113 a 114 mm Hg. En los niños de cuatro y cinco años de edad en las gamas estudiadas, la tensión arterial no se vió afectada de manera importante por el lugar de medición, la hora del día, el tiempo transcurrido desde la comida precedente o la temperatura ambiente. Sin embargo, las cifras tensionales eran aproximadamente 1,6 mm Hg más altas en invierno que en verano ( $p(0,01)$ ). Aún así, es poco probable que estos factores revistan importancia al realizar mediciones clínicas. La tensión arterial se correlacionó con el peso a todas las edades. Entre las edades de cuatro y cinco años, el índice peso/talla 1,70 fué la mejor función entre las de obesidad ensayadas que resultó independiente de la edad. Se sugiere que este índice, o el de Quetelet (peso/talla) son adecuados para ajustar las cifras tensionales en función de la constitución corporal en niños de cuatro y cinco años de edad.

INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY. octubre diciembre 1984.

SHIRLOW, M.J. y MATHERS, C.D.— *Consumo de cafeína y niveles de colesterol en suero.* págs. 422-427.

El consumo de cafeína estaba significativamente asociado con los niveles de colesterol sérico en mujeres pero no en hombres en un estudio transversal de 4.757 australianos. El uso del café con cafeína por los hombres, pero no la tasa total de consumo de cafeína, estaba significativamente asociada con un aumento del colesterol del suero. Se controlaron para este análisis posibles factores de confusión incluidos edad, adiposidad y ocupación. Tras el ajuste por edad y adiposidad, el nivel medio de coles-

terol fué 11 mg/dl más alto en las mujeres que consumían 200 mg o más de cafeína por día comparadas con las que consumían menos. El riesgo relativo de alto colesterol sérico (>260 mg/dl) fue mayor de 2 para las mujeres que consumían 200 mg o más de cafeína por día. Una interacción positiva significativa entre hábito de fumar y consumo de café en su asociación con los niveles de colesterol en suero se encontró en las mujeres.

KEYS, A. y cols.— *Colesterol HDL en suero y mortalidad en 24 años de hombres en Finlandia*. págs. 428-435.

Los exámenes de hombres "sanos" en Helsinki y en el este y oeste rurales de Finlandia en 1956 incluyeron la estimación del colesterol total y el de las fracciones HDL y beta separadas por electroforesis. El estado vital a finales de 1980 se ha valorado para todos los 526 hombres, menos 8, que al comienzo del estudio tenían 35-61 años y para todos los hombres, menos 2, que tenían entonces 30-34 años. De los hombres de 35 a 61 años 155 murieron, 63 por cardiopatía coronaria, de los hombres de 30-34 años, 35 murieron, 16 por cardiopatía coronaria. Las tasas de muerte por todas las causas y por coronarias fueron más altas en el este de Finlandia donde el colesterol HDL era también más elevado. Las tasas de muerte por coronariopatía no estaban relacionadas con el colesterol HDL en el este ni en el oeste de Finlandia pero 16 hombres muertos por cardiopatía coronaria en Helsinki tendían a tener valores bajos de HDL. La consideración de otras cinco características no cambió el cuadro con relación a las relaciones mortalidad-HDL. La solución de la ecuación logística múltiple usando todas estas variables encontró que la probabilidad de muerte por cardiopatía coronaria en 24 años no estaba significativamente relacionada con el HDL pero que estaba significativamente relacionada en forma positiva con la concentración de colesterol no-HDL. Los valores medios de colesterol HDL y total para los hombres de la misma edad en la misma zona de Finlandia, con separación de lipoproteínas por los nuevos métodos recomendados, está estrechamente de acuerdo con las medias registradas en 1956. Estos hallazgos de 24 años no están necesariamente en conflicto con los informes en la literatura sobre una relación inversa entre la incidencia de cardiopatía coronaria y el colesterol HDL basados en períodos de seguimiento mucho menores y pocos datos sobre mortalidad.

FORMAN, M.R. y cols.— *El estudio de alimentación infantil Pima: Lactancia materna e infecciones respiratorias durante el primer año de la vida*. págs. 447-453.

Episodios iniciales de infección de las vías aéreas altas, otitis media y neumonía obtenidos de historias clínicas en el primer año de la vida se analizaron en relación con las prácticas de alimentación (obtenidas por entrevista a la madre en 1978) entre 571 niños nacidos de 1960 a 1977 en la Reserva del Río Gila. La "odds ratio" de desarrollar un primer episodio de infección respiratoria en niños alimentados exclusivamente a pecho durante cuatro meses comparados con niños alimentados exclusivamente con biberón tras ajuste por regresión logística por época del año, peso al nacer



y condiciones sociales adversas ( $OR = 0,64$ ). Este beneficio era evidente durante los cuatro primeros meses de la vida ( $OR = 0,61$ ) y durante los cuatro meses siguientes ( $OR = 0,48$ ). Sin embargo, un beneficio significativo de la lactancia materna precoz y exclusiva ya no fué demostrable durante los meses del 9 al 12: la lactancia materna exclusiva durante cuatro meses redujo marginalmente el riesgo de neumonía después del ajuste de covariables. Los datos sugieren que la lactancia materna de los niños al comienzo de la vida está asociada con un menor riesgo de infección respiratoria.

BERKEY, C.S. y cols. págs. *La inhalación pasiva de humo de tabaco y el desarrollo en altura de los niños preadolescentes.*— Págs. 454-458.

Se analizó la altura alcanzada y la tasa de crecimiento de 9.273 niños que participaron en un estudio longitudinal de los efectos para la salud de los contaminantes del aire para establecer la asociación entre la exposición pasiva al humo del cigarrillo y el desarrollo físico entre 6 y 11 años de edad. Los niños fueron medidos cada año durante 2 a 6 años. Cada medida de altura se ajustó por sexo y edad por las normas antropométricas NCHS. Las alturas ajustadas de cada niño se reexpresaron después como nivel de altura alcanzada y tasa de crecimiento. La altura alcanzada mostró una asociación dosis-respuesta con la cantidad corriente de cigarrillos fumados por la madre ( $p < 0,001$ ). Los niños cuyas madres fumaban diez o más cigarrillos al día eran aproximadamente 0,65 cm. más bajos que los niños de las no fumadoras, mientras que los niños cuyas madres fumaban entre 1 y 9 cigarrillos por día eran 0,45 cms más bajos. Sin embargo, el fumar pasivo no se correlaciona con la tasa de crecimiento de niño. La exposición con el hábito de fumar del padre no estaba significativamente asociada con la altura ni en términos del nivel alcanzado ni de tasa de crecimiento. Estos resultados indican que la inhalación pasiva de humo de tabaco en el niño de 6 a 11 años no continúa afectando a la tasa de crecimiento y que la asociación observada entre altura alcanzada y conducta tabáquica de la madre es debida a exposición "in útero" y/o durante la infancia y los años preescolares.

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. 16 noviembre 1984.

NOBLE, R. y col.— *Hepatitis A posttransfusional en una unidad de cuidados intensivos neonatales.* págs. 2711-2715.

Una única unidad de sangre infectada transfundida a 11 neonatos produjo un amplio brote en varios estados de 55 casos de hepatitis A, 35 de los cuales fueron sintomáticos. La persona que dió la sangre a los 11 neonatos se puso enferma con hepatitis A una semana después de la donación. La infección de hepatitis A fué después adquirida por enfermeras y médicos que habían tenido contacto directo con los neonatos y por los padres y parientes. Otros tres recién nacidos que no habían recibido transfusiones con la unidad infectada también adquirieron hepatitis A. Los neonatos con hepatitis A fueron todos asintomáticos. La tasa de ataque en enfermeras susceptibles fué del 16%, en médicos susceptibles del 4%. Una investigación de los parien-



tes de los 11 recién nacidos que recibieron transfusiones reveló 8 casos sintomáticos de hepatitis A en 32 contactos inmediatos familiares, ejemplo madre, padre y hermanos con un resultado de tasa de ataque de 25% no corregida por inmunidad previa. El ambiente de la unidad de cuidado intensivo neonatal parece ser ideal para la transmisión de hepatitis A.

S. KNEIN, B. J. y col.— *Hepatitis A hospitalaria. Un brote en las unidades de niños pequeños en WISCONSIN. págs. 2716-2721.*

Siete niños prematuros contrajeron hepatitis A asintomática mientras estuvieron hospitalizados en una unidad infantil de cuidados intensivos (Unidad A) desde mayo a agosto de 1981. Quince casos secundarios ocurrieron entre el 13 de agosto y el 24 de octubre e incluyeron seis miembros de la familia de los niños de la unidad A cinco enfermeras de unidad A y 3 enfermeras y un médico de otras dos unidades, B y C. Las unidades B y C habían recibido cada una un niño infectado transferido de la unidad A, en julio. Una investigación epidemiológica se llevó a cabo para determinar el modo de transmisión de la hepatitis A en niños. No se identificó un vehículo común. Revisados los datos de comienzo de la enfermedad en los adultos se sugirió que la hepatitis A se transmitía en al menos 2 generaciones de enfermedad en niños de la unidad A. La evaluación del manejo de los niños en la unidad A usando un estudio de caso-control sugirió que la hepatitis A fué transmitida entre los niños por las enfermeras. Los niños prematuros asintomáticos, infectados pueden ser una fuente de hepatitis A en los niños de las unidades infantiles y el personal y en la comunidad.

SIMON, H. B.— *La inmunología del ejercicio. págs. 2735-2738.*

Muchos atletas creen que el ejercicio habitual les protege contra la infección. Este artículo revisa 10 estudios de los efectos del ejercicio sobre varios factores de defensa del huesped. El ejercicio produjo una granulocitosis y linfocitosis y en algunos estudios la función linfocitaria se comprobó que había sido estimulada. Los niveles séricos de inmunoglobulina y complemento no estaban significativamente alterados en el pequeño número de los sujetos estudiados. Dos recientes estudios demostraron que el ejercicio producía un incremento de pirógeno endógeno en el hombre. Como parece ahora que el pirógeno endógeno es idéntico a la interlenkina-L, un producto de las células mononucleares que mejoran la función linfocitaria ello puede jugar un papel en la defensa del huesped. Serán necesarios estudios adicionales antes de poder concluir que el ejercicio afecta la respuesta del huesped a la infección.

KEVIN, M. y col.— *Hepatitis Delta Fulminante en infección crónica de Hepatitis B. págs. 2746-2749.*

Dos pacientes varones homosexuales, uno que abusaba de drogas intravenosas (IV) tuvieron hepatitis B fulminante con antígenos de superficie de Hepatitis B. Sobre

la base de pruebas para anticuerpo IgM al antígeno central de la hepatitis B (HBcAg) y para anticuerpos al agente Delta IgM e IgG se diagnosticó hepatitis Delta aguda en la infección crónica de hepatitis B. El agente Delta pareció tener un papel en la producción de fallos hepáticos fulminantes. El diagnóstico exacto de hepatitis fulminante puede ser imposible sin recurrir a las pruebas de anticuerpo IgM a HBcAG y anticuerpos al agente delta.

Aunque la hepatitis delta en Estados Unidos afecta primariamente a los que abusan de la droga IV, esta infección puede también ocurrir en hombres homosexuales.

23/30 noviembre 1984.

POLLIN, W y col.— *Adicción al tabaco y mortalidad por el tabaco. Implicaciones para el certificado de defunción.* págs. 2849-2854.

Los trastornos de adicción causan ahora más de un cuarto de todas las muertes en USA, más de medio millón de muertes en 1982. Pero este hecho esencial está oscurecido en los informes y estadísticas vitales de la nación por la práctica general de certificación de las muertes de enfermedades aditivas por sus innumerables manifestaciones anatómicas. Sin embargo, esta situación necesita no continuar indefinidamente. Los médicos tienen una oportunidad y una responsabilidad para mantener su conocimiento de las causas subyacentes de muertes ocurridas bajo su cuidado y la categoría de diagnóstico "uso del tabaco, trastornos y dependencia del tabaco" listada en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades que está disponible para su uso, valorando rutinariamente, a lo largo de la vida la experiencia tabáquica de cada paciente y estableciendo la situación del papel del tabaco en cada certificado de muerte. Los médicos pueden contribuir sustancialmente al mejoramiento de las estadísticas vitales de la epidemiología y de la salud pública.

VANDENBROUCHE, J.P.— *Peso, conducta tabáquica y mortalidad.* págs. 2859-2860.

Ha existido una controversia en lo que concierne a la relación entre hábitos del cuerpo y mortalidad. Estudios originales encontraron que las personas con sobrepeso tenían riesgo de incrementar la mortalidad, pero estudios posteriores decían que el muy delgado se encontraba también en alto riesgo. La existencia de una relación en forma de U entre mortalidad e índice de masa del cuerpo fué confirmada en un reanálisis de un seguimiento de 23 años de 1503 hombres y 1464 mujeres, inicialmente entre 40 y 65 años. Los cigarrillos fumados no explicaban la más alta mortabilidad entre personas en la más baja categoría de índice de masa corporal.

7 diciembre 1984.

LEARY, F.J. y cols. *Varones expuestos **in utero** al dietilestilbestrol*. págs. 2984-2989.

Un aumento de la frecuencia de varias anomalías genitourinarias, infertilidad y cáncer del testículo en varones se ha declarado que se produce tras la exposición intrauterina al dietilestilbestrol, pero no todos los estudios confirman la asociación. Este estudio se diseñó para determinar si una cohorte de varones expuestos *in utero* al dietilestilbestrol tenía una mayor frecuencia de anomalías urogenitales que una cohorte no expuesta. Los sesgos de la selección de participantes expuestos y controles se redujeron al mínimo. De 828 varones expuestos y 676 controles estudiados por revisión de registros médicos, 265 varones expuestos y 274 controles también sufrieron un examen clínico especial. En general, los datos sugieren que la exposición de los varones al dietilestilbestrol *in utero* no aumenta el riesgo de anomalías genitourinarias, infertilidad o cáncer del testículo. Las frecuencias aumentadas antes declaradas de estas anomalías en hombres expuestos al dietilestilbestrol pueden ser la consecuencia de sesgos de selección, de diferencias de uso del dietilestilbestrol o de ambas.

JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH. octubre-diciembre 1984.

MILLER, D.L.— *Práctica y política de vacunación*— págs. 263-269.

Se ha comprobado que la inmunización es un medio generalmente seguro y eficaz de control de la enfermedad, particularmente donde no se pueden adoptar enfoques ambientales. Los recientes avances en producción de vacunas, dan esperanzas de conseguir vacunas más eficaces y menos tóxicas en el futuro. Ensayos adecuados de vacunas mejoradas pueden, sin embargo, ser difíciles de realizar en las condiciones modernas. Las políticas para el uso de vacunas son a veces controvertidas, en especial cuando se tiene preocupación acerca de las reacciones como con la vacuna antiferínica. Las tasas de aceptación de las vacunas antisarampionosas y antirubeola en el Reino Unido han sido hasta ahora demasiado bajas y necesitan aumentarse si queremos lograr la eliminación del sarampión y de la rubeola congénita. Los análisis coste-beneficio apoyan generalmente el uso de la inmunización en el control de la enfermedad.

CHAMBERLAIN, J.M.— *¿Qué programas de cribado (screening) prescriptivos valen la pena?*. págs. 270-277.

El cribado prescriptivo se define como el cribado para enfermedad solamente para beneficio de los individuos que participan en el programa. Los programas de cribado corrientemente usados se examinan en cada etapa de la vida —antenatal, postnatal, edad escolar, vida adulta y ancianidad—. Se llega a la conclusión de que la mayoría de los trastornos para los que puede recomendarse con confianza el cribado

para el beneficio del individuo son los que ocurren en niños: cribado de niños por fenilcetonuria, hipotiroidismo, trastornos visuales y auditivos y probablemente luxación congénita de cadera. Sujeto al consentimiento informado de los padres, el cribado prenatal del síndrome de Down y de los defectos del tubo neural es eficaz en población de alto riesgo. Los programas de cribado para detectar defectos visuales o auditivos y afecciones dentales en escolares, merecen la pena. Dos problemas importantes surgen en la mayoría de los programas, en primer lugar, como conseguir una tasa alta de participación de la población para acudir al cribado y aceptar el consiguiente tratamiento y en segundo lugar como determinar qué tratamiento, si alguno, debería ofrecerse a los casos límites. Se requiere una evaluación más avanzada de estos problemas para muchos programas.

MCLEAN, U. y cols.— *Las mujeres que rechazan el cribado sobre la mama.* págs. 278-283.

Se describen la conducta relacionada con la salud y las actitudes de una muestra al azar de 125 mujeres de 45 años de edad que rechazaron una invitación a acudir a una clínica para reconocimiento de la mama. Las mujeres eran diferentes de las que acudieron en su clase socioeconómica y en el uso habitual de medidas para promover la salud. Eran básicamente contrarias a la idea de la exploración y la invitación les causó considerable ansiedad. Se destacan las consecuencias de actuación.

KNOX, E.G. y cols.— *La calidad de notificación de malformaciones congénitas.* págs. 296-305.

El esquema de Declaración de Malformaciones Congénitas del Reino Unido empezó en 1964. Se basa en notas añadidas a las hojas de declaración del nacimiento en Birmingham, un esquema local basado en múltiples fuentes ha sido seguido en paralelo durante los 20 años últimos. El esquema nacional de declaración registra malformaciones observadas hasta la edad de 7 días mientras que el esquema de Birmingham recoge información hasta la edad de 5 años. Se realizó una unión caso a caso de los dos registros. Esta operación reveló lo completo y esencial del registro de múltiples fuentes pero también grandes defectos entre notificaciones. Se describen la extensión y naturaleza de las deficiencias. Incluyen defectos de averiguación de niños malformados y de malformaciones adicionales importantes en los niños que están realmente notificadas, sobredeclaración de niños sin malformaciones significativas y mala clasificación de las malformaciones importantes que fueron, de hecho, notificadas. Los defectos surgen en parte del diseño defectuoso del esquema nacional y en parte de defectuosa implementación y una falta de responsabilidades supervisorias diseñadas. Se establecen los requisitos principales para un esquema que podría realmente confiarse para conseguir sus objetivos de vigilancia.

ELWOOD, P.C. y GALLAGHER, J. E. J.— *Plomo en petróleo y niveles de plomo en sangre: evidencia científica y política social. págs. 315-318.*

Se consideran dos aspectos de la reciente controversia acerca de las consecuencias del plomo en el petróleo. En primer lugar, se muestra que la eficiencia es deficiente en gran parte porque los básicos principios epidemiológicos de muestreo representativo, medida realista y control de variables no fueron seguidos de tal modo que no pueden sacarse conclusiones válidas de la mayoría de los estudios publicados. En segundo lugar, el papel de la ciencia parecía estar comprometido por confusión entre ciencia *per se* y política social. Se exploran las relaciones entre los dos, y se llega a la conclusión de que confundirlas reduce la contribución que la ciencia puede hacer a la eficaz política social.

SUNDERLAND, R. y GREENFIELD, A. A.— *Reducción de la mortalidad en los prematuros a efecto médico o biológico. págs. 326-380.*

Una disminución continua y significativa de la proporción de niños nacidos vivos que murieron en la primera semana por problemas asociados con la inmadurez ocurrida entre niños de Sheffield nacidos entre 1947 y 1979. El descenso ocurrió en las tres unidades de maternidad sin tener en cuenta la disponibilidad de medios de asistencia al recién nacido. La tasa de disminución en el hospital mejor equipado y con mejor personal, sin embargo, fué significativamente mayor durante los años 70 de lo que se hubiera predicho a partir de la tendencia en los primeros años y en contraste con el de otros hospitales. Este mayor descenso muestra una asociación temporal más estrecha con una reorganización de las salas de parto y las salas de niños que con la introducción del equipo avanzado pero también se correlaciona con una creciente tasa de aborto entre mujeres que esperarían tener partos prematuros. Los factores responsables de la reducción secular no se han identificado pero se postula que las madres de Sheffield están teniendo niños más sanos como resultado de mejoras de la salud materna que son consecuencia de cambios durante la juventud.

SHANKS, N. J.— *Un nuevo enfoque a la declaración de tuberculosis. págs. 331-334.*

Se ha iniciado un sistema de declaración de tuberculosis que usa varias fuentes —el médico, los servicios diagnósticos de bacteriología, histopatología y radiología y la farmacia—. Los resultados de las declaraciones de seis meses han mostrado que la farmacia fué con mucho la fuente más completa (74% de todos los casos nuevos) y los médicos notificaron sólo el 21% de todos los casos nuevos. La combinación de médicos y farmacia fué el par más completo, notificando el 85% de todos los casos nuevos. Se sugiere que debería darse consideración al uso de las farmacias como fuente de declaración tanto en otros ambientes como por otras enfermedades.

JARVIS, M. y cols.— *Marcadores bioquímicos de absorción de humo y exposición autodeclarada al fumar pasivo*. págs. 335-339.

Cien pacientes no fumadores que acudían a las consultas externas de un hospital declararon su grado de exposición pasiva al humo del tabaco durante los tres días precedentes y proporcionaron muestras de sangre, aire espirado, saliva y orina. Aunque los niveles absolutos fueron bajos, la concentración de cotidina en todos los compartimentos corporales vigilados estuvo sistemáticamente relacionada con la exposición autodeclarada. La concentración de nicotina en saliva también mostró un aumento lineal con el grado de exposición declarado, aunque esta medida fué sensible sólo a la exposición en el día de la prueba. Las medidas de CO, tiocianato y las concentraciones de nicotina en plasma no estuvieron relacionadas con la exposición. Los datos indican que la cotidina constituye un marcador válido de la dosis recibida de exposición pasiva al humo. Las muestras no invasivas de orina y saliva son especialmente adecuadas para investigaciones epidemiológicas. Puntos detallados del cuestionario pueden dar también valiosa información.

MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO. octubre-diciembre 1984.

LLANO SEÑARIS, DEL J.— *Efectos de la situación de desempleo en el Estado de Salud*.— págs. 3-14.

Hay que recordar que el paro afecta a todos los países desarrollados y en vías de desarrollo, con diferente intensidad, siendo España uno de los países europeos más afectados por el mismo (cerca del 20 por 100 de la población activa según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, mayo 1984). Por tanto, constituye un problema estructural del que no se atisban soluciones a corto plazo. Obviamente, la solución ideal para acabar con los efectos nocivos del paro sería erradicarle. No obstante hemos de reconocer que los Servicios Sociales y Sanitarios más una correcta cobertura financiera, pueden paliar determinado número de estos efectos. Para ello es preciso: 1) Conocer la realidad del paro en cada municipio, rigió así como los grupos de edad, sexo, categoría ocupacional más afectados. 2) Los planificadores de Servicios Sanitarios y Sociales han de tener presente las tasas de paro y sus tendencias. Hay que pensar que el fenómeno del paro aumenta la utilización de servicios sociosanitarios, fundamentalmente por dos motivos: la aparición de nuevas necesidades ligadas al fenómeno desempleo y la satisfacción de necesidades previamente no cubiertas por falta de tiempo libre. 3) La evaluación del coste en salud del paro para cada comunidad como medida para forzar el reconocimiento colectivo de este problema. Esto conllevaría el esfuerzo comunitario hacia la búsqueda de soluciones. 4) Necesidad de estudios comparativos a nivel nacional o internacional sobre el binomio desempleo-salud que permita establecer un marco común de actuación en la búsqueda de soluciones.

FANJUL ARGUELLES, F. y cols.— *Prospección sobre morbilidad del amianto en un gran astillero*.— págs. 15-20.

Se presentan cuatro casos de pleuritis activa sacados de un total de 73, todos ellos con lesiones, desde el punto de vista radiológico, sugestivas de enfermedad profesional por amianto. corresponden a reconocimientos periódicos de empresa del año 1983. No existe correlación entre personal afectado y tiempo de exposición prolongado al riesgo por fibra de amianto, teniendo como característica común el escaso contacto, que junto con las biopsias negativas de dos y la evolución de los otros dos casos descalifican, a priori, nuestra pretensión de encuadrarles dentro del grupo de enfermedades por amianto.

CONDE SALAZAR, L. y cols.— *Dermitis de contacto por colorantes azoicos.*— págs. 29-34.

Se realiza una revisión de los colorantes azoicos y su importancia en Dermatología, exponiéndose tres casos que presentan diversas peculiaridades. asimismo se plantea el problema de las posibles sensibilidades cruzadas con el grupo P.P.D.A.

PSICOPATOLOGIA. octubre-diciembre 1984.

PELICIER, Y.— *Significación antropológica del trabajo humano.* págs. 355-362.

El autor muestra las estrechas relaciones existentes entre cuerpo y trabajo. Analiza las funciones del cuerpo humano: identidad, seguridad, herramienta para transformar el mundo y marcador del tiempo. Deduce consecuencias referentes a la patología del paro y del trabajo alienado.

RUBIO PEREZ, A.M. y cols.— *Estudio comparativo del consumo de drogas del medio universitario de Córdoba y Valladolid.* págs. 373-384.

Se ha realizado un estudio epidemiológico utilizando un cuestionario CTP (cuestionario de transtornos psíquicos) modificado que analiza aspectos personales, familiares y sociales, así como la actitud existente hacia la enfermedad y hacia la droga. Se han expresado los resultados en porcentajes absolutos o en valores medios  $\pm$  error estándar de la media; realizándose en contraste estadístico con un t-test de chi-cuadrado para la estadística no paramétrica. Es menor el uso de analgésicos por los estudiantes de enfermería (el 15 por 100) que por los de Medicina (el 21 por 100), obteniendo éstos un mayor porcentaje de efectos positivos (el 48 por 100). La mayoría de la muestra estudiada no consume medicamentos ante alteraciones del estado de ánimo (tristeza = 2 por 100; nerviosismo = 8 por 100); el uso de estimulantes alcanza al 50 por 100 de la muestra aunque anfetaminas sólo las usan el 10 por 100 (Medicina) y el 3 por 100 (Enfermería); si restamos de éstos a los consumidores por motivos de exámenes, sólo lo hacen el 1 por 100. El uso de fármacos inductores del sueño es mayor entre los cursos clínicos que entre los preclínicos. Los consumidores de derivados



de cáñamo son el 16,6 por 100 de la muestra, apreciándose una mayor tendencia al consumo de hachís en Córdoba y de marihuana en Valladolid. Se evidencia la tendencia actual de disminución en el porcentaje de fumadores de tabaco (el 55 por 100) e igualación en ambos sexos, siendo el tabaco negro el más consumido. Se aprecia un mayor porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Córdoba (el 70 por 100) que entre los de Valladolid (el 53 por 100).

LEVY, J.M.— *El DSM-3 y la homosexualidad*. págs. 385-392.

Analizando de manera crítica las dos condiciones que SPITZER y el DSM-III proponen para que un comportamiento sea considerado una perturbación mental, el autor sugiere, apoyado en consideraciones de orden biológico, sociocultural y antropológico, que la homosexualidad constituye una desviación inconveniente del desarrollo psicosexual y que es un error excluirla del DSM-III.

MARTIN TUSQUETS, J.L. y cols.— *La variable "inmigración" como "factor de riesgo" en la enfermedad alcohólica*. Págs. 407-420.

Estudio epidemiológico descriptivo, longitudinal (pues abarca un periodo de tiempo comprendido entre 1950 y 1979) y retrospectivo de la prevalencia alcohólica en la ciudad de Barcelona. En el que partiendo de una muestra de pacientes alcohólicos que consideramos estadísticamente (6.331 casos) delimitamos varias zonas de alto riesgo. Una vez precisadas estas zonas (planos I y II), nos proponemos estudiar la variable "inmigración" (a través de la muestra citada) con el objeto de verificar si la distribución es homogénea para toda la ciudad o presenta características que la relacionen con las zonas de riesgo.

REVISTA DE ACTUALIDAD ESTOMATOLOGICA ESPAÑOLA. noviembre-diciembre 1984.

VIADER C. y cols.— *Hepatitis B y colectivos profesionales de alto riesgo de contagio*.— págs. 27-36.

La infección por el virus de la hepatitis B (HBV) afecta aproximadamente al 5 por 100 de la población mundial, unos 200 millones de habitantes, habiéndose demostrado una correlación entre la persistencia del virus en los enfermos portadores y la aparición de carcinoma hepatocelular (HCC) (1234). El hecho de que en el mundo occidental dicha enfermedad sea más frecuente entre los profesionales de la sanidad que entre la población general (5) y la reciente publicación (6) por parte de las autoridades sanitarias españolas de una normativa sobre el tema, especialmente dirigida a las personas de alto riesgo de infección, nos ha movido a presentar el siguiente estudio en el que hemos investigado la incidencia de patología hepática, inducida por HBV,



en un colectivo de alto riesgo, constituido por un total de 138 personas entre dentistas, cirujanos maxilofaciales, analistas y personal auxiliar. Se muestran los datos obtenidos, comparándolos con estudios similares realizados en otros países y se analizan los resultados.

REVISTA IBERICA DE PARASITOLOGIA. octubre diciembre 1984.

SIMON VICENTE, F. y col.— *Sarcocystosis natural en ovinos y caprinos.*— págs. 367-377.

Los síntomas y lesiones observados en seis ovejas y dos cabras, infectadas con *Sarcocystis* entre 1975 y 1983, nos permitieron diagnosticar estos casos como sarcocystosis natural. La sarcocystosis se manifestaba clínicamente después de haber finalizado la fase esquizogénica, según las lesiones histopatológicas musculares y el estado evolutivo del parásito.

MADRIGAL SESMA, M.J. y cols.— *Presencia e identificación de amebas limax en el agua de piscinas de Madrid.*— págs. 379-386.

Se estudia la presencia de amebas en el agua de 16 piscinas abiertas de Madrid. Todas ellas resultaron positivas, lográndose 37 aislamientos, pertenecientes al género *Acanthamoeba* y correspondientes a cinco diferentes especies. Se estudia también la posible relación de las amebas con factores externos, no lográndose relacionar ninguno de los estudiados con la presencia o desaparición de la fauna amebiana en las aguas.

CASADO ESCRIBANO, N. y cols.— *Ifi en el diagnóstico de la hidatidosis natural y en el seguimiento de hidatidosis secundarias experimentales.*— págs. 429-443.

Presentamos los resultados obtenidos en la aplicación de IFI al diagnóstico de hidatidosis naturales producidas por *E. granulosus* en ovinos y al seguimiento hidatidosis secundarias experimentales producidas en animales de laboratorio. Como antígeno para la prueba se utilizaron protoescolex de origen ovino y equino. Se utilizó el método en porta introduciendo una modificación propia (Casado Escribano y Cuesta Bandera, 2). Los índices de sensibilidad y especificidad obtenidos en ovinos fueron de 71,4% y 95% respectivamente. La reproductibilidad es buena, con una variabilidad máxima —cuando se produce— de más/menos dos títulos en los sueros positivos, no existiendo diferencias al utilizar protoescolex de diferentes orígenes. No obstante, las lecturas de los resultados son más seguras al utilizar protoescolex de origen equino. En los modelos experimentales se detectan anticuerpos entre el 9º y 14º día post-infestación (p.i) cuando se utiliza como vehículo de la infestación con protoescolex de origen ovino de *E. granulosus*, líquido hidatídico y entre el 25º y 30º día p.i. cuando el

vehículo fué solución salina, alcanzándose los títulos máximos a los 14 y 15 días p.i. respectivamente.

REVISTA DE PSICOLOGIA GENERAL Y APLICADA. noviembre-diciembre 1984.

GENEDIT ALVAREZ, M.J.— *El fracaso escolar y las relaciones conducta-cerebro: evaluación e intervención.*— págs. 1007-1028.

Se delimita el concepto de "fracaso escolar". Se analizan sus causas. Se consideran los diferentes modos de incidencia de éstas sobre el funcionamiento intelectual del niño. Se centra el trabajo en la evaluación psicológica del niño, de su ambiente y de las interacciones mutuas. Se concluye con unas consideraciones acerca de cómo establecer un programa de intervención.

ALONSO AMO E.— *Las técnicas de intervención psico-social en las organizaciones. Posibilidades de aplicación a las empresas españolas (II).*— págs. 1975-1091.

En una primera parte de este trabajo se examinó la eficacia de las Técnicas de Intervención psico-social en las organizaciones, constatando la existencia generalizada de dicha eficacia, también se puso de manifiesto que la validez interna y externa de los resultados estaba socavada por la pobre metodología de la Investigación de Evaluación. En esta segunda parte se pone de manifiesto la necesidad de determinar los factores activadores y situacionales de cada una de las técnicas para poderlas aplicar de forma eficaz a todo tipo de organizaciones. Posteriormente se analizan en concreto los factores culturales que están subyacentes en los modelos teóricos de las actuales Técnicas de Intervención y sus diferencias con los factores culturales presentes en las organizaciones españolas que dificulten la generalización de los resultados de una a otra cultura organizacional.

FERNANDEZ SEARA, J.L. y col.— *Evaluación de las diferencias intersexo en habilidades cognitivas.*— págs. 1203-1232.

Nuestro propósito ha sido analizar la existencia de las diferencias básicas en funcionamiento cognitivo, atendiendo especialmente a la variable sexo, en la realización de las escalas verbales y manipulativas de Wechsler: WAIS y WISC y buscar las relaciones potenciales con factores biológicos y socioculturales. Para ello hemos elegido una muestra de 1006 sujetos varones y mujeres, comprendidos entre las edades de 7 y 50 años. Del análisis de los datos obtenidos se desprende la existencia de algunas diferencias entre los sexos, no obstante, la mayoría de ellas —tanto en las escalas totales como las verbales y/o manipulativas— no son significativas al nivel de confianza del 1 por 100. La explicación puede ser debida a que las puntuaciones parciales de los subtest sumadas tienden a contrarrestarse las unas a las otras. No obstante, exis-

ten diferencias significativas a nivel de algunos subtests, cuando se consideran los sujetos totales en dos grupos de sexo. Las mujeres alcanzan a través de las dos escalas, puntuaciones más altas en las pruebas de semejanzas y vocabulario, mientras que los hombres rindieron más en aritmética y claves numéricas (implicando algunas diferencias en las habilidades y procesos subyacentes a la resolución de las mismas) confirmando en parte los resultados de otros estudios. Sin dejar al margen la gran importancia que ambos hemisferios cerebrales y toda la duplicidad organizativa en la simetría neurofisiológica subcortical tienen en los procesos cognitivos subyacentes a la realización de las escalas verbales y manipulativa, creemos que dichas diferencias intersexos halladas se pueden explicar en función de las variables de orden educativo, culturales y otras relacionadas con el medio ambiente en interacción con el nivel de maduración biológica y cognitiva.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE. septiembre-octubre 1984.

NICAUD, V. y cols.— *Influencia del trayecto educativo sobre el futuro de los jóvenes sospechosos de insuficiencia mental.*— págs. 227-285.

En 1967 una encuesta sobre la debilidad mental fue realizada por el Centro Internacional de la Infancia y el INSERM en el departamento de la Alta-Viena. Fue examinada una muestra representativa, el dossier comprendía datos pediátricos, sociales y psicológicos (dentro de ellos un test de cociente intelectual, el WISC). Esta encuesta fue repetida en 1974 y 1978 a fin de precisar la inserción de estos sujetos que tenían entre 20 y 26 años. Aparece que entre los 325 sujetos estudiados, los jóvenes que habían permanecido en una institución especializada obtienen peores resultados que los que habían seguido una escolaridad normal. 39% contra 58% obtuvieron un diploma. 27% contra 17% se licenciaron, 23% contra 9% tuvieron dificultades en su adaptación al medio de trabajo. Incluso cuando se iguala el CI y el medio de origen, las diferencias concernientes a los diplomas, en particular el diploma de instrucción general) y a las dificultades profesionales persisten.

TURSZ, A. y cols.— *Registro de los accidentes infantiles en las estructuras de cuidados y prevención de un sector sanitario.*— pág. 286-294.

En 1981-1982, 5.963 accidentes infantiles fueron señalados en un año por dos hospitales públicos, 11 clínicas privadas y dispensarios de un sector sanitario. Estas diversas fuentes son heterogeneas: las características de los accidentes son diferentes de un establecimiento a otro. Se ha notado una baja descripción por el personal: 75% de casos señalados muestran diferencias en lo que concierne a las características de los accidentes. La calidad de los datos clínicos es satisfactoria, la de los datos interrogatorios (irrecuperables retrospectivamente) son más mediocres: el lugar del accidente falta en un 14% de los casos, el agente causante en un 35%. La estimación de la frecuencia supone la extensión del registro al sector privado (31% de los casos

señalados, diferencias con los casos del sector público). La permanencia de tal registro supone la realización de una muestra rotatoria y de controles en los establecimientos encuestados. Los registros sistemáticos, instrumentos de medida de la frecuencia, no están adaptados a la vigilancia de los productos y objetos peligrosos.

NEUKICH, F. y cols.— *¿Los resultados de los tests de la función pulmonar y la puesta en evidencia de los síntomas respiratorios ligados al tabaco pueden ser utilizados para disuadir a los adolescentes de fumar?.*— pág. 295-300.

El objeto de este trabajo es efectuar una revisión de los argumentos recientes utilizados para disuadir a los jóvenes de fumar y proponer otros nuevos, basados en los resultados obtenidos en el curso de un estudio epidemiológico realizado con adolescentes escolarizados en 1978-1980. 2.269 alumnos, entre 10 y 19 años, han rellenado un auto-cuestionario sobre los síntomas respiratorios y el tabaquismo. Entre ellos, una muestra representativa de 971 alumnos ha sufrido una exploración funcional respiratoria. Dos años más tarde, los alumnos cuya función pulmonar había sido reducida, así como una muestra representativa de testigos ha sido revisados según el mismo protocolo. En el curso del primer examen, se encontraron relaciones muy significativas entre el tabaco y los síntomas respiratorios. Incluso las chicas que fumaban tenían las capacidades expiratorias significativamente disminuidas. En este momento los alumnos fueron advertidos de sus resultados. En el momento del segundo examen, algunos fumadores habían aumentado su consumo, otros lo habían disminuido. Estos últimos eran los que en el curso del primer examen, tenía significativamente más síntomas y valores funcionales pulmonares más bajos. Esto sugiere que la evidencia de trastornos objetivos ligados al tabaco podría ser utilizada como argumento en la lucha antitabáquica en los adolescentes escolarizados.

DAVIDSON, F. y cols.— *Contribución al estudio de los procesos de alcoholización en los jóvenes por un análisis tipológico.*— pags. 301-314.

Una encuesta epidemiológica ha sido realizada entre los licenciados del segundo ciclo en tres regiones francesas. Se ha estudiado entre ellos el consumo de drogas (alcohol, tabaco, psicotropos, drogas clandestinas), así como la autopercepción de su personalidad, sus relaciones intra y extrafamiliares, su rendimiento escolar y estilo de vida. Se han diferenciado diversos tipos de abusos étlicos, la regularidad de la absorción, las cantidades tomadas, los estados de obesidad, de igual modo que la absorción de bebidas alcohólicas asociadas a medicamentos psicotropos. Un análisis tipológico de la autopercepción de la personalidad por estos adolescentes ha conducido a la individualización de diez tipos diferentes de personalidades, cinco para los muchachos y cinco para las chicas. Las características sociales, familiares y relaciones de cada personalidad son descritas. Las correlaciones entre la autopercepción de la personalidad y la utilización de alcohol permite definir tres perfiles de bebedores.

HILL, C. y cols.— *Comparación de la mortalidad de una cohorte respecto a la mortalidad de una población de referencia. Principio, números de fallecimientos esperados y validez del test.*— pág. 330-335.

El objeto de este artículo es el cálculo de la validez del test para comparar la mortalidad de una cohorte y la mortalidad de una población de referencia. Después de haber recordado el principio de comparación: cálculo del informe de mortalidad estandarizado (SMR) y test de hipótesis:  $SMR = 1$ , se muestra como se puede calcular el número de muertes esperadas necesarias y la validez del test. Se da un ejemplo numérico.

noviembre-diciembre 1984.

ROUHAN, D. y LE NOC, P.— *Aporte de la serotipia y la antibiotipia de los neumococos en la prevención y el tratamiento de las pneumococias (1980-1982). Tipado de los neumococos y vacunación (1980-1982).*— pág. 352-359.

Entre 1980 y 1982, se han serotipado 594 cepas de neumococos provenientes de 965 enfermos. El reparto de los serotipos y su frecuencia varían en función de la naturaleza de las muestras y según los años. La cobertura de vacunas teóricas se aprestó para el conjunto de las cuatro patologías mayores: neumopatías, otitis, meningitis, bacteriemias. Ello supone el 79,1%. Entre los serotipos incluidos en la vacuna, los tipos 19, 7, 3, 6, 1 y 23 son los más frecuentes representando un porcentaje acumulativo del 57,7%. El pneumococo en la región de Grenoble se muestra muy sensible a los antibióticos. Ninguna resistencia a la penicilina G ha sido detectada. La eritromicina, la domiciclina, el cloranfenicol y el cotrimaxazole conservan su actividad con 2,1%, 1,8%, 1,1% y 1,9% respectivamente de resistencias.

VRANCKX, R. y cols.— *En Bélgica, la hepatitis viral A es esencialmente una enfermedad infantil.*— pág. 366-369.

Los datos aportados por la amnesia y por la investigación sero-epidemiológica en donantes de sangre nos permiten concluir que en Bélgica la hepatitis viral A es esencialmente una enfermedad de la infancia. La epidemiología del anti-HA ha cambiado profundamente en las últimas décadas. Esta evolución va en relación con los cambios socio-económicos y con la mejora de las condiciones de higiene. En lo que concierne a la presencia de antígenos HLA, no aparecen generalmente diferencias significativas entre los grupos que han tenido o no antecedentes de hepatitis viral A.

CALNAN, M.W. y CHAMBERLAIN, J.— *Explicación de la participación en los programas de despistaje precoz del cáncer de mama: un estudio comparativo.*— pág. 376-382.

Una evaluación de los diferentes métodos de detección precoz de los cánceres de mama esta actualmente en curso en Gran Bretaña. Su éxito depende en gran parte de una tasa de participación elevada. El estudio presentado aquí compara los conceptos y comportamientos en materia de salud así como las características sociodemográficas de los participantes y de los no participantes en sesiones de despistaje clínico (examen físico y mamografía), por una parte y por otra en cursos de formación en autoexploración de las mamas. El estudio muestra que los participantes en uno u otro programa tienen muchos puntos en común. Sin embargo, las que han participado en el curso de formación parecen temer más el cáncer de mama que las participantes en el despistaje clínico y radiológico. Se muestran igualmente las diferencias concernientes a la clase social y al nivel de estudios entre las participantes y no participantes en el curso de formación que no son encontradas cuando se compara las participantes y las no participantes en el despistaje clínico.

VAN REEK, J.— *El comportamiento tabáquico en los Países Bajos y Reino Unido: 1958-1982*.— págs. 383-390.

Los cambios registrados en el comportamiento de los fumadores de los Países Bajos y Reino Unido entre 1958 y 1982 han sido analizados con la ayuda de los resultados de encuestas e investigaciones de una parte y las cifras de producción por otra. En estos dos países, el porcentaje de fumadores masculinos ha bajado, mientras que el porcentaje de antiguos fumadores aumenta tanto en los hombres como en las mujeres. La baja de porcentajes de fumadoras es un fenómeno reciente.

La producción de tabaco ha aumentado en los Países Bajos y ha bajado en Reino Unido. El aumento apreciado en los Países Bajos puede explicarse por el consumo de cigarros en alza entre las mujeres. Estos cambios en la población consumidora de tabaco han sido influenciados probablemente por la amplitud de campañas antitabaco y por el "efecto emancipador". Si las tendencias actuales continúan el número de fumadores bajará de manera notable.

AMIROU, D. y cols.— *Estudio epidemiológico de los efectos sobre la salud de los residuos atmosféricos de una fábrica de incineración de desechos industriales y domésticos*.— pág. 391-397.

Un estudio de los efectos sanitarios de residuos sobre la atmósfera de una fábrica de incineración de desechos industriales y domésticos ha sido realizado, en 1981 durante dos meses, en un pueblo de Isere. El consumo durante dos años de medicamentos para afecciones respiratorias ha sido comparado retrospectivamente dentro de 3 grupos aparejados de residentes de tres zonas geográficas seleccionadas según su distancia de la fábrica, indicador que estima el grado de exposición a las poluciones. Este consumo farmacéutico se ha evaluado por medio de las fichas de seguro de enfermedad de los asegurados sociales. El estudio ha permitido observar una gran heterogeneidad dentro de 3 grupos de 48 sujetos: las variedades del número de productos prescritos decrecen significativamente ( $p < 1$  por mil, test de Barlett) cuando aumenta la distancia con la fábrica. Los autores relacionan este hecho, con la presencia en el grupo más directamente expuesto, de sujetos particularmente afectados por las consecuencias respiratorias de los desechos. El test no paramétrico de comparación de

las medias de productos consumidos no muestra diferencia significativa. Las autoridades sanitarias, recogidos estos resultados, han prescrito nuevas normas de funcionamiento de la fábrica de incineración.

TURLOT, J.C. y cols.— *Estudio longitudinal de la evolución de la frecuencia de las caries dentales en el medio escolar: un modelo estadístico.*— págs. 398-407.

Como consecuencia de un estudio epidemiológico sobre la aparición de caries dentales en una población de niños de edades entre los 6 y 9 años examinados por intervalos de 12 meses durante 3 años, se propone un modelo de evolución de las frecuencias de las caries dentales basado en la ley de Poisson "con ceros". La distribución multivariada describe el proceso aparecido como una mezcla de leyes binomiales negativas múltiples (BNM) de la forma:

$Emj \text{ BNM } (a; K_0, j_b, k_1, j_b, K_2, j_b) \text{ con } Emj = 1.$

Los datos experimentales (501 niños) permiten validar el modelo en sus etapas sucesivas. Las simulaciones por el método "bootstrap" muestran que las estimaciones de los parámetros del modelo permanecen estables en la proximidad de la distribución observada, al mismo tiempo que permiten establecer intervalos de confianza. En fin, se muestra porqué la distribución del número total de caries aparecidas en el estudio permanece fuertemente disimétrica.

FERMANIAN, J.— *Medida de concordancia entre dos jueces: caso cuantitativo.*— págs. 408-413.

La medida de concordancia entre dos jueces cuando la notación es cuantitativa se introduce bajo la forma del coeficiente de correlación interclase. El interés práctico de calcular los coeficientes midiendo la concordancia interjueces, en particular en la planificación de estudios multicéntricos, es discutida.

REVUE SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DE L'OFFICE INTERNATIONAL DES EPI-ZOOTIES. julio-septiembre 1984.

SZENT-IVANYI, T.— *La peste porcina clásica: nuevos métodos de control y erradicación.*— págs. 907-525.

Han aumentado las pérdidas económicas debidas a la peste porcina clásica (PPC) y sus consecuencias en la productividad en muchos países paralelamente con el aumento del censo porcino y la forma de cría cada vez más intensiva. Se requieren mayores esfuerzos para dominar y, posteriormente erradicar la PPC, a causa de la aparición de formas atípicas de enfermedad y, a causa de la resurgencia de focos en países pre-



viamente libres de la enfermedad. La aparición de la peste porcina africana (PPA) en regiones no infectadas antes, aboga en pro de la vigilancia y de la acción contra ambas enfermedades. El virus de la PPC está clasificado en el género pestivirus de la familia Togaviridae. La identificación de las proteínas de estructura ha revelado diferencias menores entre las cepas de virus, así como un parentesco entre este virus y el pestivirus de la diarrea vírica bovina (BVD). Se han elaborado métodos de laboratorio para el diagnóstico de la PPC. Permiten detectar en debidas condiciones, de modo rápido y fiable, el virus en los órganos, especialmente el método de inmunofluorescencia directa en secciones congeladas y el método de aislamiento del virus en cultivos celulares. Se pueden revelar anticuerpos específicos del virus en el suero de los cerdos por seroneutralización, inmunofluorescencia indirecta y toda una serie de otras técnicas serológicas. Estos métodos de diagnóstico sirven asimismo para distinguir la PPC de la PPA y demás enfermedades víricas del cerdo. La experiencia adquirida con algunas cepas atenuadas del virus, recientemente puestas a punto, especialmente la cepa C (China), la cepa LPC (China), la Cepa GP (o GPE) y la cepa Thiverval ha demostrado que estas cepas eran de perfecta inocuidad para los cerdos de cualquier edad y de perfecta inmunogenicidad. El uso sistemático de vacunas modernas a base de virus atenuado ha contribuido a reducir las pérdidas provocadas por la PPC. No obstante, la erradicación de la enfermedad depende de la aplicación de medidas sanitarias perfectamente conocidas. Se debería recordar que los cerdos infectados y la alimentación de los cerdos a base de residuos de matadero o de cocina suficientemente esterilizados desempeñan el papel más importante en la propagación del virus. En la fase de erradicación de un programa de control, debería reservarse la vacunación únicamente a los casos de emergencia o preferentemente quedar completamente prohibida para permitir la detección sistemática en el matadero de anticuerpos que neutralicen el virus de la PPC.

VELIMIROVIC, B. — *Anthrax en Europa.* — págs.527-559.

El análisis de los problemas de sanidad dentro de una perspectiva regional constituye un nuevo enfoque que hace preciso que se evalúe la dinámica de los factores de riesgo del carbunco bacteriano, evaluación que nunca se ha hecho en Europa. Pese a la considerable disminución de su incidencia, se sigue observando la forma clínica del carbunco en ciertos países, algunos de los cuales no declaran la enfermedad. Según datos epidemiológicos más bien incompletos relativos a la década 1971-1980 hubo en Europa por lo menos 10.793 casos de carbunco en el hombre, con un 52% en un sólo país, el 91% del número total de casos fué registrado en seis países mediterráneos. Al emplearse un tratamiento eficaz es insignificante la mortalidad y ya no se considera la enfermedad como un problema grave de sanidad pública en Europa. Donde existe el carbunco bacteriano se vienen aplicando medidas de control, especialmente la vacunación de los animales.



RICO, A.G. y col.— *Fármacos veterinarios y seguridad alimentaria: Estudio toxicológico*.— págs. 855-867.

Alimentarse, es correr un riesgo. En la alimentación existe gran cantidad de "compuestos naturales tóxicos" y estos productos están poco estudiados. Algunos son conocidos, otros no, y en realidad pueden ser muy agresivos (aflatoxinas). En estas condiciones, los compuestos naturales y sintéticos no se oponen por lo que se refiere a toxicología. El uso de fármacos veterinarios procura cierto beneficio, aunque existe naturalmente una probabilidad de residuos. Hace diez años, quedaba admitida la noción simple de tolerancia cero. El desarrollo de las técnicas analíticas la rechazó. El residuo existe, aunque siempre es cuantitativamente pequeño y no es forzosa-mente tóxico. En el aspecto de la toxicidad, tampoco hay que confundir la de los residuos con los fármacos humanos o veterinarios, por cuanto las dosis de ingestión o de administración son muy distintas. Hay que dar al residuo su dimensión toxicológica a través de la apreciación científica de su toxicidad, es su significado toxicológico. Los peligros hay que evaluarlos especialmente mediante estudios de toxicidad crónica, en los que es importante la reiteración de la toma (noción de ingestión regular). Con base a este análisis, se pueden entonces definir tolerancias indispensables para asegurar la protección de la salud de los consumidores. Se han de respetar naturalmente estas tolerancias. Sólo podrán serlo usando correcta y razonablemente fármacos de calidad y con controles adecuados.

CAPORALE, V.P.— *El control de la brucelosis bovina en Italia*.— pág. 909-920.

Según las estadísticas oficiales de los servicios veterinarios de 1965 a 1982, los autores analizan los resultados de la campaña de control de la brucelosis bovina en Italia. Se expresan mediante curvas la evolución de los principales criterios de evaluación: número de bovinos bajo control, en las granjas libres y oficialmente libres, prevalencia de la infección y tasa de sacrificio de los bovinos infectados o reinfectados. Según la prevalencia de la infección en una provincia, los Servicios veterinarios adaptan la estrategia de las acciones de saneamiento: directa (detección y sacrificio de los vacunos infectados) y/o indirecta (vacunación).

RIVISTA ITALIANA D'IGIENE. mayo-diciembre 1984.

COMODO, N. y cols.— *Investigación seroepidemiológica de la prevalencia de la infección toxoplásmica en los empleados de una industria de transformación de carne de cerdo*. págs. 137-144.

Los autores examinan el papel de la elaboración de la carne de cerdo en la difusión de la infección toxoplásmica entre los empleados de una industria alimentaria. No se encuentran diferencias significativas dentro del grupo examinado pero sí es significativa la diferencia de prevalencia respecto a la población de la misma zona.

BO, G.— *El concepto sanitario de ambiente*. págs. 159-170.

Además de la clásica imagen del ambiente como productor de situaciones de riesgo morbígeno para el hombre, el autor proporciona al ambiente una imagen positiva, llamando la atención sobre los aspectos favorables no sólo de supervivencia sino de estado de salud (estado de bienestar) del hombre que la Medicina Preventiva pone hoy más en relieve. Se formulan, por otra parte, a los responsables del recién nacido Ministerio de Ecología propuestas de intervención para la defensa y para la promoción de la salubridad del ambiente e indirectamente también de la salud del hombre.

LANCIOTTI, S. y GAMBASSINI, L.— *Algunas consideraciones sobre recientes adquisiciones sobre el tema de la alimentación y el cáncer*.— Págs 196-215.

Los autores examinan los resultados más recientes de los estudios epidemiológicos y de laboratorio acerca de los factores de riesgo de la dieta y el cáncer. Se revisan varios factores (es decir, factores cancerosos y precancerosos, hiperalimentación y aditivos). Los resultados hacen algunas sugerencias sobre posibles dietas preventivas.

THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE. ED. ESPAÑOLA. diciembre 1984.

LITTENBERG, B. y col.— *Vacunación de la hepatitis B: tres estrategias de decisión para el individuo*.— págs. 416-418.

Hemos realizado un análisis de decisión para comparar 3 estrategias referentes a la vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB), sin vacunación, vacunación inmediata y espera de dos años previa a la vacunación. La ventaja potencial de la espera es el conocimiento de si en los dos próximos años, se harán evidentes efectos colaterales serios de la vacuna. Encontramos, por ejemplo, que durante 5 años la vacunación VHB inmediata de 100.000 trabajadores de centros quirúrgicos con un índice de afección anual del 5% prevendría en comparación con la no vacunación, 4092 casos de hepatitis icterica, 335 casos de hepatitis crónica activa y 15 fallecimientos por hepatitis fulminante. El número de casos prevenidos descendería aproximadamente en un 40% con la estrategia de esperar dos años. Las personas de grupos con un índice de afección anual menor del 5% parecen beneficiarse de la vacunación. Los riesgos conocidos de la vacunación VHB son bajos y los hipotéticos tendrían que ser frecuentes para justificar que no se tome inmediatamente la vacuna. Desde la perspectiva del individuo, incluso las personas con bajo riesgo de adquirir hepatitis B deberían considerar seriamente la vacunación inmediata.

BERNSTEIN, D.I. y cols.— *Análisis serológico del primer episodio no primario de infección genital por virus del herpes simple VHS: presencia de anticuerpos VHS2 en el suero de la fase aguda.* págs. 437-441.

Se examinó suero de la fase aguda de pacientes con un primer episodio de herpes genital no primario para detectar anticuerpos tipo específicos frente al VHS1 y al VHS2. Se utilizó un análisis estándar de microneutralización y un análisis Western blot (WBA) para identificar la respuesta de los polipéptidos individuales del VHS1 y VHS2 en suero adsorbido y en no adsorbido con antígenos VHS1 o VHS2 para eliminar los anticuerpos por reacción cruzada. De los 24 sueros examinados, se encontraron sólo anticuerpos VHS1 en siete, mientras que once tenían exclusivamente anticuerpos VHS2 y seis sueros contaban con anticuerpos frente a VHS1 y VHS2. Pensamos que la mayoría de los 17 pacientes cuyos sueros de fase aguda contenían anticuerpos VHS2 presentaban en realidad la primera recidiva clínicamente evidente de una infección por VHS2 previa y asintomática. Los médicos deben, en consecuencia, saber que los pacientes que acuden con un primer episodio de infección no primaria por VHS2 pueden no haber tenido un contacto sexual reciente con un compañero infectado por VHS.

MESSERLI, F.H.— *La obesidad en la hipertensión ¿Inocente hasta qué punto?.*— págs. 442-446.

Hipertensión y obesidad coexisten a menudo en el mismo paciente. Sin embargo, ambas enfermedades afectan por separado tanto a la función como a la estructura cardiovascular. La existencia de obesidad influye de modo significativo en la afección hipertensiva de los órganos diana. De una parte, la obesidad tendería quizás a mitigar los efectos de la elevación continuada de las resistencias vasculares periféricas totales y renales, a la vez que disminuiría las lesiones orgánicas como la nefrosclerosis en la hipertensión esencial. Sin embargo, dado que tanto la obesidad como la hipertensión aumentan el trabajo cardíaco, si bien a través de distintos mecanismos su coincidencia en un mismo paciente origina una carga doble para el ventrículo izquierdo. La insuficiencia cardíaca congestiva, la muerte súbita y la cardiopatía coronaria son secuelas comunes de la hipertensión-obesidad. La pérdida de peso reduce la presión arterial gracias a la disminución del volumen intravascular y el gasto cardíaco junto a un descenso de la actividad simpática. La intervención en casos de hipertensión-obesidad disminuye la doble carga hemodinámica impuesta al corazón y se convierte, por tanto, en un objetivo primordial en la prevención y tratamiento de la cardiopatía.

THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. diciembre 1984.

JUDD, L.L. y HUEY, L.Y.— *El litio antagónico de la intoxicación por etanol en los alcohólicos.* págs. 1517-1521.

Treinta y cinco alcohólicos desintoxicados que recibieron litio en un estudio doble ciego, controlado con placebo, declararon menos intoxicación, una disminución del deseo de continuar bebiendo y menos disfunción cognitiva cuando se les daban dosis normalizadas de etanol. El litio también parece ser antagonista de la disminución inducida por el alcohol de la actuación cognitiva y motora preceptual. No se obtuvo efecto diferencial del litio cuando se separaban los alcohólicos por diagnóstico de trastornos afectivos de los que no tenían trastornos afectivos. El autor sugiere, que además de la normalización del humor, la capacidad del litio para afectar directamente la intoxicación por etanol puede ayudar a explicar su eficacia terapéutica potencial en el alcoholismo, proporcionando nueva evidencia confirmatoria de que el litio puede ser útil en el tratamiento del alcoholismo.

BASSUK, E.L. y cols.— *¿Es la falta de hogar un problema de salud mental?*. págs. 1546-1550.

Se entrevistó a 78 hombres, mujeres y niños sin hogar que estaban en un albergue de emergencia. Se encontró que la gran mayoría tenían graves enfermedades psicológicas que permanecían mucho tiempo sin tratamiento. Aproximadamente el 91% fueron diagnosticados de afecciones psiquiátricas, cerca del 40% tenían psicosis, 29% eran alcohólicos crónicos y 21% tenían trastornos de la personalidad. Aproximadamente un tercio habían sido hospitalizados para asistencia psiquiátrica. Los autores discuten la relación de la política de salud mental con la falta de hogar y sugieren que los albergues se han convertido en instituciones alternativas para resolver las necesidades de la gente mentalmente enferma que ya no es atendida por los departamentos de salud mental.

ALLGULANDER, C., BORG, S. y VIKANDER, S.— *Seguimiento durante 4-6 años de 50 pacientes con dependencia primaria de drogas sedantes e hipotrópicos*. págs. 1580-1582.

Los autores estudiaron 50 de 55 pacientes en principio hospitalizados por dependencia de hipnóticos-sedantes 4-6 años después de ser dados de alta. 42 (84%) pacientes habían vuelto a usar hipnóticos-sedantes, 26 (52%) estaban abusando de las drogas durante el seguimiento y 21 (42%) habían sido vueltos a hospitalizar por abuso de drogas. Tres pacientes experimentaron estados delirantes y seis sufrieron convulsiones epilépticas asociadas con el abandono de la droga. Signos físicos de alcoholismo se desarrollaron en 11 (22%), 4 (8%) se habían suicidado. Se notó deterioro social en 24 pacientes. Los resultados del estudio con scanner no fueron diferentes a los encontrados en una muestra control ajustada.

KENDEL, R.E. y cols.— *Cambios diarios de humor después del parto: nuevos datos*.—620-625.

La depresión y labilidad de humor que se han declarado previamente al quinto día después del nacimiento están ampliamente restringidos a mujeres con altas puntuaciones de neurosis. La pauta diaria de cambios de humor es la misma tras una cesárea que después de un parto vaginal, pero no hay fenómeno de "cinco días" tras la histerectomía. El trastorno post-parto del humor es menos predominante en mujeres que vuelven a casa 48 horas después del parto.

CAIRNS, E. y WILSON, R.— *El impacto de la violencia política sobre la morbilidad psiquiátrica moderada en el Norte de Irlanda*. págs. 631-634.

La evidencia del impacto de la violencia en Irlanda del Norte sobre la morbilidad psiquiátrica está limitada a estudios que examinan las tasas de admisión y las tasas de prescripción de drogas psicotrópicas, sus resultados varían desde sugerir ningún efecto hasta indicar que mayores niveles de violencia se igualan actualmente con mayores niveles de salud mental. Este estudio es el primero que usa una muestra comunitaria en la que participantes (797) de dos ciudades, que han experimentado niveles contrastantes de violencia durante los últimos diez años, rellenaron la versión de 30 puntos del Cuestionario General de Salud (CGS) y también indicaron su percepción del nivel de violencia en su zona y lo seguros que se sentían de vivir en ella. Los que vivían en la ciudad más violenta tuvieron puntuaciones más altas en el CGS, como lo hicieron las mujeres en comparación con los hombres y los que percibían que su zona había sufrido más violencia. Hubo también una interacción bidireccional, tal que el pequeño número de gente que percibía mucha violencia en su zona y que también vivía en la ciudad más violenta tenían puntuaciones más altas en el CGS: Es posible que la mayoría de la gente de Irlanda del Norte afronte efectivamente la tensión generada por la violencia política, pero que lo haga negando la existencia de esta violencia a su alrededor.

CIOMPI, L.— *¿Hay realmente una esquizofrenia? El curso a largo plazo de los fenómenos psicóticos*. págs. 636-640.

El autor pone en duda fundamentalmente el concepto tradicional de la cantidad morbosa (o varias entidades morbosas) de "esquizofrenia" y discute un concepto alternativo basado en la vulnerabilidad y en el proceso de información. De acuerdo con esto los fenómenos psicóticos semejantes a la esquizofrenia se desarrollan en tres fases. En la primera, fase premórbida, las influencias combinadas biológicas (genéticas y posiblemente otras orgánicas) y psico-sociales llevan una "vulnerabilidad premórbida", caracterizada por una baja tolerancia de la tensión cognitiva y emocional, correspondiente a una insuficiente capacidad para procesar adecuadamente la información compleja. En la segunda fase, los acontecimientos vitales con tensión pueden llevar a episodios psicóticos productivos agudos únicos o repetidos. La tercera fase,

de larga evolución, depende más de influencias psicosociales que de factores biológicos. En condiciones desfavorables, puede llevar a estados residuales y predominantemente improductivos de varios grados, que pueden entenderse ampliamente como mecanismos reguladores para restringir la sobreestimulación productora de tensión. No hay una entidad nosológica claramente delimitable de esquizofrenia con causas, cuadro psicopatológico o curso constantes sino más bien un proceso vital multicondicionado que ocurre en gente con una vulnerabilidad particular que interactúa con acontecimientos y circunstancias complejos. Este nuevo concepto tiene importantes consecuencias para la prevención y el tratamiento.

WARING, E.N. y PATTON, D.— *Intimidad marital y depresión*. págs. 641-644.

Investigaciones recientes han sugerido que la ausencia de una relación íntima y confiada puede ser un factor de vulnerabilidad en el desarrollo de depresión en mujeres que viven en circunstancias adversas. Este estudio demuestra una asociación significativa entre gravedad de la depresión y deficiencias de la intimidad marital, los pacientes deprimidos con los niveles más bajos de intimidad marital no pudieron mejorar al mes de seguimiento mientras que el 36% de los esposos de los pacientes deprimidos tenían síntomas de trastornos emocionales no psicóticos. La percepción de su intimidad matrimonial de los pacientes deprimidos y de sus cónyuges difería, pero estas diferencias no parecen estar únicamente relacionadas con la depresión de los esposos.

THE LANCET. ED. ESPAÑOLA. diciembre 1984.

WOOD, A.D. y cols.— *Ácidos grasos del tejido adiposo y de las plaquetas en relación con la presencia de cardiopatía coronaria en varones escoceses*.— págs. 272-278.

Se estudió la relación existente entre la presencia de cardiopatía coronaria (CC) y la composición de los ácidos grasos del tejido adiposo y de las plaquetas en una muestra aleatoria de 448 varones escoceses de mediana edad. El contenido de ácido linoleico (18:2n6) en el tejido adiposo de 28 varones con CC no identificada previamente fue significativamente menor que el resto del grupo. Ni el ácido linoleico ni los demás ácidos grasos plaquetarios difirieron de forma significativa en los varones con CC nueva. El contenido de ácidos grasos en el tejido adiposo refleja la ingesta dietética a largo plazo y un registro dietético ponderado durante 7 días en una submuestra aleatoria de 164 varones confirmó que la ingesta de ácido lipoleico en 10 de los 18 nuevos casos de CC fué significativamente menor que en los individuos sanos. En un análisis logístico múltiple, el ácido linoleico del tejido adiposo, la edad, el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad y el índice peso/altura tuvieron una contribución independiente para explicar los nuevos casos de CC. Cuando en un segundo análisis de regresión se incluyeron todos los ácidos grasos, las bajas concentraciones de ácido dihomo-y-linénico (20,3n6) en tejido adiposo mostraron una correlación más significativa con los nuevos casos de CC que el ácido linoléico.

SORENSEN, I.A.T. y cols.— *Evaluación prospectiva del abuso del alcohol y de la lesión hepática alcohólica en el hombre como predictores del desarrollo de cirrosis.*— págs. 386-390.

Se siguió durante un periodo de 10-13 años a 258 varones alcohólicos que en una primera biopsia hepática no mostraron indicios de cirrosis. En el curso de control evolutivo 38 de ellos desarrollaron cirrosis, lo que representa una tasa anual del 2%. La probabilidad de desarrollo de cirrosis ha demostrado ser independiente de la duración del abuso y del consumo diario de alcohol antes de la primera biopsia. Esto indica que el efecto del abuso de alcohol no es acumulativo en el tiempo, sino que más bien establece las condiciones para el desarrollo de la cirrosis. El índice de cirrosis aumentó de forma paulatina con el grado de esteatosis en la biopsia primaria y, así en los indica que la esteatosis. Este hallazgo, junto con los resultados del abuso del alcohol, indica que la esteatosis y la hepatitis alcohólica, a pesar de su reversibilidad, no son un epifenómeno del abuso del alcohol sino que se asocian casualmente con la cirrosis. En el hombre alcohólico la biopsia hepática aporta más información que la historia de alcoholismo sobre la posibilidad de una cirrosis futura.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, 20 octubre 1983.

DWORSKY, W.E. y cols.— *Riesgo ocupacional de infección primaria por citomegalovirus entre personal de asistencia pediátrica.* págs. 950-3.

El riesgo de adquirir citomegalovirus (CMV) de niños infectados preocupa al personal de asistencia pediátrica, especialmente a las que pueden estar embarazadas. Determinamos la prevalencia de anticuerpos CMV y así la infección pasada, en grupos de estudiantes de medicina y residentes enfermeras y médicos y en grupos de mujeres jóvenes embarazadas y no embarazadas de la Comunidad. Aunque la edad, el sexo y la raza influyen sobre los resultados, la ocupación no influía. Estimamos entonces la exposición de los trabajadores sanitarios determinando la prevalencia de la infección por CMV en tres grupos de niños asintomáticos a los que proporcionaban asistencia; el CMV fué eliminado por orina o saliva del 1,6% de los recién nacidos, 13% de los prematuros hospitalizados durante más de un mes y 5% de los niños mayores vistos en consulta externa. Cuando determinamos la incidencia de la infección primaria en los grupos de adultos volvieron a estudiar a los miembros seronegativos a los dos años, encontramos que las tasas de ataque anual en los estudiantes de medicina (0,6%), residentes (2,7%) y enfermeras (3,3%, no eran superiores a las de las mujeres jóvenes de la comunidad (2,5% durante el embarazo y 5,5% entre embarazos). Llegamos a la conclusión de que aunque el personal de asistencia pediátrica atiende con frecuencia y sin saberlo a niños que eliminan CMV, este contacto ocupacional no confiere mayor riesgo que el que tienen las mujeres jóvenes de la comunidad en general.

24 noviembre 1983.



LEVIT, H.L. y WAISBREN, S.E.— *Efectos sobre el feto de la fenilcetonuria e hiperfenilalaninemia materna no tratada.* págs. 1269-1274.

Estudiamos los efectos de la fenilcetonuria e hiperfenilalaninemia materna sobre 53 descendientes de embarazos no tratados en 22 madres que fueron identificadas por estudio de rutina de la sangre del cordón umbilical. El CI de la descendencia estuvo significativamente correlacionado tanto con el CI de la madre ( $r=0,83$ ,  $p(0,001)$ ) como con el nivel de fenilalanina de la sangre materna ( $r=0,82$ ,  $p(0,001)$ ) pero con una exposición, el retraso mental de la descendencia estaba presente sólo cuando el nivel de fenilalanina de la sangre materna excedía los  $1.100 \mu\text{mol}$ . por litro (18 mg. por decilitro). La microcefalia en el hijo estaba constantemente presente sólo cuando el nivel de fenilalanina en la sangre materna excedía los  $1.200 \mu\text{mol}$  por litro (20 mg. por decilitro). Las cardiopatías congénitas y otras anomalías congénitas eran raras en la descendencia. Los datos sugieren que la fenilcetonuria grave atípica o clásica (nivel de fenilalanina en sangre  $> 1.100 \mu\text{mol}$  por litro) en la madre tiene un efecto cognitivo importante sobre su descendencia pero que el efecto de la hiperfenilalaninemia puede haber sido sobreestimado en el pasado.

16 febrero 1984.

WILLET, W.C. y cols.— *Relación de las vitaminas A y C y carotenoides en suero con el riesgo de cáncer.* págs. 430-4.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la baja ingestión de carotenos y los niveles bajos de retinol en suero pueden estar asociados a un mayor riesgo de cáncer. Del mismo modo, en algunos estudios en animales la vitamina E se ha asociado con una tasa reducida de cánceres inducidos. Por tanto, medimos retinol, proteínas que ligan el retinol, vitamina E (alfatocoferol) y carotinoides totales en suero recogidos en 1973 de 111 participantes en el Programa de Detección y Seguimiento de Hipertensión que no tenían cáncer en ese momento pero que fueron diagnosticados de cáncer durante los cinco años siguientes. Estas medidas se compararon con las de 210 controles que fueron acoplados por edad, sexo, raza y tiempo de recogida de sangre y que permanecieron libres de cáncer. Los valores medios de retinol fueron similares en casos y controles ( $67,3$  y  $68,7 \mu\text{g}$  por decilitro, respectivamente) 95% límites de confianza para diferencia caso-control,  $-6,7$  a  $3,5$ ). Los valores también fueron semejantes para la proteína que liga el retinol, ( $6,01$  y  $5,94$  mg. por decilitro  $-0,42$  a  $0,56$ ), y carotenoides ( $111,6 \mu\text{g}$  por dl  $-9,1$  a  $15,9$ ). El nivel de retinol base medio en los 18 sujetos con cáncer de pulmón subsiguiente fué mayor que el de los controles ajustados ( $79,0$  frente a  $71,4 \mu\text{g}$  por decilitro,  $-4,9$  a  $19,7$ ). Los niveles de vitamina E fueron algo inferiores en los sujetos que después tuvieron cáncer que en los controles ( $1,16$  y  $1,26$  mg por decilitro,  $-0,22$  a  $0,02$ ) en parte por el efecto confuso de los niveles de colesterol que fue  $-0,05$  mg. por decilitro:  $-0,17$  a  $0,07$ ). Estos datos no apoyan la hipótesis que relaciona la ingestión o los niveles en suero de las vitaminas antioxidantes con un riesgo menor de cáncer.



23 febrero 84.

TAKAPUJI, E.T. y cols.— *Una prueba de la eficacia de la quimioprofilaxis con doxiciclina contra la leptospirosis.* págs. 497-500.

Como la leptospirosis ha sido una importante causa de morbilidad en los soldados estadounidenses que se entrenaron en la República de Panamá, emprendimos un ensayo de campo, al azar, doble ciego, controlado con placebo durante el otoño de 1982 para determinar si la doxiciclina era un agente quimioproláctico eficaz contra esta infección. Doxiciclina (200 mg) o placebo se administró por vía oral semanalmente y al final del entrenamiento a 940 voluntarios de dos unidades del ejército de EE.UU. destacados en Panamá durante unas tres semanas de entrenamiento en la jungla. 22 casos de leptospirosis se produjeron en el grupo placebo (una tasa de ataque de 4,2%) en comparación con un solo caso en el grupo con doxiciclina (tasa de ataque, 0,2%,  $p(0,001)$ , suministrando una eficacia de 95,0%. Este estudio demostró el valor de la doxiciclina como droga profiláctica contra la leptospirosis.

CHERVENAK, P.A. y cols.— *¿Cuando es moralmente justificable la terminación del embarazo durante el tercer trimestre?* págs. 501-4.

La intención de interrumpir el embarazo durante el tercer trimestre plantea un conflicto moral. Argüimos que esta interrupción es moralmente justificable si se cumplen dos condiciones: primera que el feto esté afectado por una situación que es incompatible con la supervivencia postnatal durante más de algunas semanas o que se caracterice por la ausencia total o virtual de la función cognitiva; y segundo que se disponga de procedimientos diagnósticos de mucha confianza para determinar antes del nacimiento que el feto reúne una de las partes de la primera condición. En el momento actual, una entidad, la anencefalia, cumple claramente ambas condiciones. Estudiamos diez casos de fetos con anencefalia diagnosticada sonográficamente que fueron abortados en el tercer trimestre. También examinamos otros trastornos fetales y llegamos a la conclusión de que no cumplían claramente nuestras dos condiciones para la terminación justificable del embarazo en el tercer trimestre.

1 mayo 1984.

STAMM, W.E. y cols.— *Efecto de los regimenes de tratamiento para Neisseria gonorrhoeae sobre la infección simultánea con Chlamydia trachomatis.* Pág. 545-9.

Evaluamos el efecto del tratamiento contra la gonorrea sobre la infección simultánea por *Chlamydia trachomatis* asignando al azar 293 hombres homosexuales y 246 mujeres heterosexuales con gonorrea para recibir uno de los siguientes tratamientos:

(1) 4,8 millones de unidades de penicilina procaina acuosa más 1 g. de probenecid, (2) nueve tabletas de trimetoprim-sulfametoxazol diarios durante 3 días, o (3) 500 mg. de tetraciclina cuatro veces al día durante 5 días. Entre los hombres la infección gonocócica se curó en el 99% de los que recibieron penicilina más probenecid, el 96% de los que recibieron trimetoprim-sulfametoxazol y 98% de los que tomaron tetraciclina. Entre las mujeres sólo se curó el 90% de las que recibieron tetraciclina en contraste con 97% de las que recibieron penicilina más probenecid y 99% de los tratados con trimetoprim-sulfametoxazol. La infección por clamidias, presente en el 15% de los hombres y el 26% de las mujeres, se curó en 30 de 32 pacientes que recibieron el tratamiento n° 2 y en el 27 de las 29 tratadas con tetraciclina, pero sólo en 10 de las 23 recibieron penicilina más probenecid. Entre los pacientes positivos a clamidias, se produjeron uretritis, en hombres y cervicitis, en mujeres, postgonocócicas con más frecuencia en los pacientes tratados con penicilina más probenecid. Salpingitis aparecieron en 6 de 20 mujeres tratadas con penicilina más probenecid, pero en 1 sola de las 26 que recibieron trimetoprim-sulfametoxazol y en ninguna de las 24 con tetraciclina. Llegamos a la conclusión de que el uso de penicilina más probenecid sólo para gonorrea en pacientes heterosexuales comporta un riesgo inaceptablemente alto de morbilidad postgonocócica por clamidias. El trimetoprim-sulfametoxazol y la tetraciclina fueron muy eficaces contra ambos agentes y bien tolerados por los hombres, pero ambas drogas produjeron frecuentes efectos colaterales en mujeres. El fallo de la tetraciclina para curar la gonorrea en el 10% de las mujeres aboga contra su uso aislado; el tratamiento con penicilina seguida de tetraciclina se ha recomendado para nuevos ensayos.

9 agosto 1984:

KLEIN, R.S. y cols.— *Candidiasis oral en pacientes con alto riesgo como manifestación inicial del SIDA.*— Pags. 354-358.

Estudiamos la frecuencia con la que la candidiasis oral inexplicada llevó a un síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) inequívoco en pacientes con alto riesgo. 22 adultos previamente sanos con candidiasis oral inexplicada, de los que los 19 estudiados tenían una ratio 74/78 invertida y 20 tenían linfadenopatía generalizada, se compararon con 20 pacientes similares con una ratio 74/78 invertida y limfademopatía generalizada que no tenían candidiasis oral. Todos usaban drogas intravenosas, y eran hombres homosexuales o bisexuales o ambas cosas. 13 de los 22 pacientes con candidiasis oral (59%) adquirieron una importante infección oportunista o sarcoma de Kaposi en un tiempo medio de 3 meses (variaciones de 1 a 23) en comparación con ninguno de los 20 pacientes con linfadenopatía generalizada e inmunodeficiencia pero sin candidiasis que fueron seguidos durante un tiempo medio de 12 meses (variaciones 5 a 21) ( $p = 0,001$ ). Se desarrolló SIDA en 12 de 15 pacientes con candidiasis y ratios 74/78 menores o iguales a 0,51 en comparación con ninguno de 4 con ratios iguales o mayores de 0,60 ( $p = 0,01$ ). Llegamos a la conclusión de que en pacientes con alto riesgo de SIDA, la presencia de candidiasis oral inexplicada predice el desarrollo de graves infecciones oportunistas más de la mitad de las veces. Si los restantes tendrán SIDA todavía no se sabe.