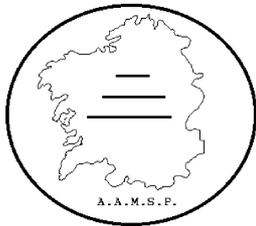


APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 2

Depósito legal: C-1580-1993 ISSN: 1134-055X

Junio-1994



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTERS EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

¿SALDRÁN LAS CUENTAS?

En estos momentos en que las autoridades sanitarias proceden al control y recorte de los presupuestos sanitarios debido al incremento del gasto, que de todas formas y comparándolo con los países de nuestro entorno se mantiene como uno de los más bajos en relación al P.I.B. (entre el 7-8%), y teniendo en cuenta que del presupuesto sanitario asistencial más del 90% va a la Atención Especializada, con una gestión "tradicional" que no consigue, en general, la eficiencia deseable. Nos preguntamos si no habría que tomar las siguientes iniciativas:

- 1.- Que los hospitales tuviesen competencias reales de autogestión en base a un presupuesto.
- 2.- Modernizar todas las estructuras de gestión y administración sanitaria.
- 3.- Hacer efectivo el modelo jerarquizado para toda la sanidad.

Siguiendo en esta misma línea, pero muy timidamente las autoridades sanitarias nos anuncian que una parte de los presupuestos asignados a la Atención Primaria (concretamente el Capítulo V), van a ser gestionados por los E.A.P.

Teniendo en cuenta que el 95% del presupuesto en Atención Primaria corresponde a Recursos Humanos (capítulo I), quedaría por tanto menos del 5% del presupuesto para gestionar por los EAP.

SUMARIO

EDITORIAL.....**pág. 1**

Fundación 1000: PARA
QUE NAZCA SANO.... **pág. 3**

TUBERCULOSIS:
¿QUE HACER?..... **pág. 7**

PROFESIONALES SANITARIOS
Y TABAQUISMO.....**pág. 11**

ALCOHOLISMO.- Conceptos
básicos..... **pág. 15**

Cursos/Congresos..**pág. 20**

Estudio epidemiológico
del alcoholismo...**pág. 21**

PREVENCIÓN DE LAS
NEUMONÍAS..... **pág.25**

Mét. de prev. en Series
cronológicas (II) ..**pág. 29**

MAPA SANITARIO

Esta iniciativa nos parece acertada, ya que permitiría sensibilizar a los sanitarios sobre el gasto y a la vez racionalizarlo, pero presenta varias interrogantes, entre las cuales cabe destacar:

- En primer lugar, ¿en base a qué se presupuestaría? sobre el gasto de años anteriores, sobre el número de cartillas (familiares o individuales), etc...
- En segundo lugar ¿quién sería el responsable de la gestión de este capítulo?.
- En tercer lugar, ¿quién sería el responsable si hubiese desviación del gasto?.
- En cuarto lugar, si se consiguiese un ahorro, donde repercutiría este ¿en el propio Centro, en el Área, etc..? y ¿cómo influiría en el presupuesto del próximo año?.
- En quinto lugar, ¿es favorable esta medida en un momento en que el nuevo modelo de A.P. no alcanza (en cobertura) al 20% de la población, y por tanto se establecería una mayor diferencia entre los dos modelos?.

Creemos que sería prioritario, para una mejor gestión de los recursos, proceder a:

- 1.- Elaborar y desarrollar el Mapa Sanitario Gallego, tanto a nivel global como establecer las unidades de gestión y administración (Regiones, Áreas y Servicios o Zonas), explicitando su estructura y competencias.
- 2.- Desarrollar el Nuevo Modelo Sanitario de Atención Primaria.
- 3.- Finalizar la Integración de toda la asistencia de titularidad pública en el SERGAS (el Instituto Social de la Marina, etc..) , de acuerdo con la Ley General de Sanidad.

De no hacerlo así mucho nos tememos que seguimos parcheando un sistema ya de por sí cuestionado y que serviría de justificación para no desarrollarlo en su totalidad.



APUNTES DE SALUD PÚBLICA®
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTERS EN SALUD PÚBLICA.
JUNIO 1994 N° 2

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA
CEPEDA
COMITE DE REDACCIÓN:
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY
M^a MONTSERRAT GARCÍA SIXTO
COMITE ASESOR:
CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN

EDITA: A.A.M.S.P.
c/ Hórreo 174 -3ºF -SANTIAGO-
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.
Resto: Tórculo S.A.
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993
ISSN: 1134-055X
Tirada: 150 ejemplares

"APUNTES DE SALUD PÚBLICA" no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados, que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Prevención de defectos congénitos: Para que nazca sano

(Aportación de la FUNDACIÓN 1.000)

ENTREVISTA a la Dra. M^a SAINZ MARTÍN (presidenta de la Asociación de Educación para la Salud y miembro de la Fundación 1000)
por Carlos Martínez (periodista)

C.M. *¿Qué es la Promoción de la salud y que papel juega en la prevención de enfermedades y malformaciones congénitas?*

M.S. La Prevención Primaria de defectos congénitos en los bebés establece sus actuaciones sobre la influencia que el medio ambiente, los hábitos insanos (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, mala nutrición, etc.), las enfermedades previas y hereditarias de la pareja y las alteraciones genéticas ejercen sobre la descendencia.

La información tiene una importancia capital en este terreno, ya que el 40% de los defectos congénitos⁽¹⁾ pueden prevenirse mediante unas sencillas pautas y recomendaciones.

Así mismo esas pautas inciden directamente en la mejora de la calidad de vida de la mujer embarazada, el otro gran objetivo de la FUNDACION 1000 y el REAL PATRONATO PARA LA PREVENCION Y ATENCION A PERSONAS CON MINUSVALIAS, promotor y patrocinador del programa "PARA QUE NAZCA SANO: PREVENCION DE DEFECTOS CONGENITOS".

Por otra parte la Promoción de la Salud está configurada por aquellas medidas técnicas -los programas sanitarios para la intervención educativa, etc.- y legislativas -la Ley de 1988 que favorece respirar sin humo de tabaco, etc.- que protegen y facilitan la mejor salud de la población, según se explica en el art. 43 de la Constitución Española.

En este sentido es prioritario impulsar la participación ciudadana espontánea, gratuita y solidaria para conseguir el protagonismo de las personas y de la colectividad en su salud y bienestar.

La actitud preventiva

C.M. *¿Cuál es el avance más importante en esta actitud preventiva?*

M.S. El hecho de que las personas si puedan intervenir, en contra de lo que se suele pensar, en el transcurso de esa gestación y embarazo, no añadiendo más riesgos que los que la genética pueda aportar a la formación, desarrollo y crecimiento del futuro bebé. Un ejemplo muy importante lo tenemos en la actitud que sigan las parejas añosas (en relación a su médico).

En este sentido "PARA QUE NAZCA SANO" destaca la importancia que debe tener para la pareja, especialmente para la mujer, obrar como si el embarazo ya se hubiera producido desde que se intenta.

Pero la prevención va más allá del ámbito primario.

***La información
tiene una importancia
capital para la
prevención de defectos
congénitos.***

***Las personas pueden
intervenir, en contra de lo
que se piensa, en el
transcurso de ese embarazo,
no añadiendo más riesgos de
los que la genética pueda
aportar.***

***La pareja debe
obrar como si el
embarazo ya se hubiera
producido desde el
momento que se intenta.***

La prevención puede ser secundaria mediante el establecimiento por el especialista de un diagnóstico prenatal. El diagnóstico prenatal se hace mediante varios tipos de pruebas inocuas para la madre⁽²⁾.

Ante la gravedad de los riesgos y sólo en los casos indicados legalmente, la mujer puede optar por la interrupción voluntaria del embarazo.

Hay una prevención terciaria posible: la estimulación precoz del niño, tras el parto, en caso de que nazca con enfermedades congénitas.

Su función es que la familia asuma el hecho cuanto antes y con la mayor naturalidad posible, para que el niño se integre socialmente con los menores problemas. Será imprescindible entonces, un seguimiento médico-sanitario exhaustivo y adecuado.

La prevención sólo se puede hacer, cuando hay conocimiento del riesgo, de la causa o de la enfermedad.

La salud es de todos

C.M. *¿Cuál es la finalidad última de "PARA QUE NAZCA SANO"?*

La finalidad "PARA QUE NAZCA SANO" es mostrar a los españoles que la salud es de todos y para todos.

M.S. Hacer visible un problema que las parejas tienen y que creen, a priori, que no existe, superar la barrera entre el sano y el enfermo: mostrar a los españoles que la salud es de todos y para todos.

Si se sigue la afirmación de la OMS, de que se debe añadir vida/salud a los años, se debe añadir salud a la vida disminuida y no disminuir la vida por tener poca salud.

C.M. *¿De las veintidós recomendaciones que hace la FUNDACION 1000 y el REAL PATRONATO, cuales son las más importantes y las menos conocidas?*

M.S. Todas las recomendaciones son importantes, pero yo destaco las relativas a la edad idónea para concebir (23 a 34 años), la prohibición del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, la prohibición absoluta de que la mujer se automedique o varíe los tratamientos sin consultar con su médico.

El consumo de alcohol es la principal causa no genética de retraso mental.

Lo de la edad fértil es fundamental; las madres prematuras corren un riesgo importante de que su bebé nazca con un peso muy bajo. Además de las consecuencias sobre la salud del futuro niño y de la madre, a los padres adolescentes se les plantea un problema muy serio, ya que no tienen la madurez que exige la maternidad la paternidad.

Otro caso cada vez más frecuente es el de las madres y padres añosos. En el caso de las madres primíparas premenopausicas, además del elevado riesgo del aborto (el 40% para las madres de más de 38 años, frente al 20% en embarazadas menores)⁽³⁾, las posibilidades de anomalías cromosómicas -Síndrome de Down, etc.- y de otras alteraciones en el embrión y el feto, se elevan considerablemente.

Ambos factores son poco conocidos aún por las ciencias médicas.

Por otra parte, se sabe que el consumo de alcohol por la embarazada es la principal causa, no genética, de retraso mental, y que el consumo de cocaína produce graves defectos congénitos⁽⁴⁾.

La verdadera teratogenia

C.M. *¿Por qué se insiste tanto en el peligro de la automedicación en la mujer embarazada?*

M.S. Por muchos motivos, entre los que destacan: la falta de conocimiento preciso de los efectos de muchos fármacos, por suaves que sean, y porque en general, muchos médicos de atención primaria, tienen escasa información de muchos teratógenos.

Un ejemplo, es el desconocimiento que tienen de la existencia de un centro nacional de referencia sobre teratógenos, como el SITTE (Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español)⁽⁵⁾.

C.M. *¿Cómo y de quién surgió la idea de este programa y su difusión?*

M.S. La principal promotora es la Dra. M^a Luisa Martínez Frías, Directora del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC). Esta bióloga, de prestigio nacional e internacional⁽⁶⁾, fue premiada por su investigación en este complejo ámbito científico en el año 1993 por el REAL PATRONATO.

"PARA QUE NAZCA SANO" refleja el compromiso social de la Dra. Martínez Frías con la sociedad de su tiempo y las generaciones futuras.

La colaboración de esta institución, perteneciente al Ministerio de Asuntos Sociales, ha sido de gran trascendencia para continuar con un programa de tanta envergadura.

"PARA QUE NAZCA SANO" refleja el compromiso social de la Dra. Martínez Frías, con la sociedad de su tiempo y las generaciones futuras. Por ese compromiso, la citada investigadora, crea la FUNDACION 1000, para colaborar en la financiación de este proyecto de rango nacional.

El profesional sanitario

C.M. *¿Qué papel juegan los profesionales que trabajan en relación con la salud y la prevención y difusión de la misma, especialmente en este tipo de programas?*

M.S. Juegan un papel básico. Sólo un profesional sanitario que asume su papel de agente educador de la salud, puede influir en su medio, porque esta acción sale frecuentemente de su ámbito y tiempo laboral.

El médico, la enfermera, el biólogo, el farmacéutico (cuyo papel, en este sentido, está recuperando y actualizando cada vez más sus colegios profesionales) y el veterinario deben colaborar entre sí, con otros profesionales (periodistas, ingenieros, arquitectos, sociólogos, psicólogos, maestros, sanadores, etc.) y con los líderes e intermediarios sociales en la construcción eficaz de la salud.

Sólo un profesional sanitario que asume su papel de agente educador de la salud puede influir en su medio.

C.M. *¿No le parece que influir en la gente mediante la prevención y la educación para la salud, está pasado de moda, o la solidaridad siempre es útil y necesaria?*

M.S. Quién piense esto demuestra una ignorancia supina, por que la educación es un indicador universal de bienestar y desarrollo.

Afortunadamente se "vende" cada vez más el concepto de salud que el de enfermedad, al igual que la solidaridad se mantiene en la sociedad actual, aunque con resistencia, como un valor fundamental de la democracia.

Afortunadamente se vende cada vez más el concepto de salud que el de enfermedad.

Como el objetivo de la Educación para la Salud, es desarrollar un estilo de vida más saludable para toda la población, este programa de prevención de defectos congénitos centra su atención en las madres y en los niños porque estos son los adultos del futuro.

La Educación para la Salud (EPS), ha tenido muchos detractores por quienes la desconocen, porque no saben que la EPS es una herramienta de trabajo que puede convertirse en una filosofía de vida, es un objetivo a alcanzar y en un instrumento profesional y laboral de gran alcance; sobre todo desde que en España se aplica a temas concretos, como la drogadicción, sexualidad, Sida, prevención de muchas enfermedades y la recuperación y rehabilitación de enfermos y accidentados.

NOTAS AL TEXTO PRINCIPAL

- 1.- MILAGROS IGLESIAS. "Embarazo de alto riesgo". Suplemento de salud de El Mundo. nº 104, pag.5 21-4-94. (Cita el dato atribuyéndolo a M^a Luisa Martínez Frías).
- 2.- El diagnóstico prenatal se hace mediante varios tipos de pruebas, entre las que destacan: ecografía (la más empleada), amniocentesis, la determinación de alfa-fetoproteína en líquido amniótico y en sangre materna, funiculocentesis y la biopsia de vellosidades coriales. El diagnóstico prenatal se indica, especialmente, en embarazos de mujeres mayores de 35 años.
- 3.- MILAGROS IGLESIAS en id. de id. pag. 4, cita a la ginecóloga Guadalupe Sanz, que ofrece el dato textualmente (entre comillas).
- 4.- Se ha comprobado que hay un sensible disminución del coeficiente intelectual en los hijos de madres que durante el embarazo, ingirieron dosis pequeñas, pero mantenidas, de alcohol.
- 5.- El SITTE fue creado por el ECEMC en 1991. Durante 1992 atendió 546 consultas de las cuales 355 (el 65%) fueron realizadas por médicos, 103 (18,9%) por mujeres embarazadas y las 88 restantes por otras personas de la población en general. Con respecto a las llamadas de 1992, ha disminuido el número total de llamadas, pero se han incrementado las llamadas de los médicos.
- 6.- M^a Luisa Martínez Frías es Profesora titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y co-presidenta de la FUNDACION 1000.



NOTAS DE REDACCIÓN:

- ¿ Qué es el REAL PATRONATO ? : Es una entidad pública creada en 1976 perteneciente al Ministerio de Asuntos Sociales, su Presidenta de Honor es S.M. La Reina y su Secretario Ejecutivo es D. Demetrio Casado. La función principal del Patronato es promover la actividad pública y privada en relación a las discapacidades de cualquier tipo.

- ¿ Qué es la FUNDACIÓN 1.000 ? Es una combinación de esfuerzos profesionales, personales y de recursos económicos dedicada a conseguir que los niños nazcan sanos. Esta fundación ha sido creada gracias a las aportaciones recibidas mediante una campaña de petición de 1.000 ptas. Sus objetivos principales son: 1) Prestar apoyo económico a la investigación que realiza el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC), cuya Directora es Dña. M^a Luisa Martínez Frías (Dra. en Biología y Profesora tit. de la Fac. de Medicina, U.C. de Madrid). 2) Educación e información para la prevención.

Su presidente es el Ilmo. Sr. D. Gustavo Villalpalos (Rector de la U.C. de Madrid).

- ¿ Qué es la ADEPS ? La Asociación de Educación para la Salud (ADEPS), fue creada en 1984 en el Serv. de Med. Prev. del Hospital Universitario San Carlos de Madrid, su Presidenta y fundadora es la Dra. M^a Sáinz Martín, siendo miembro de Honor D. Federico Mayor Zaragoza (Dtor. de la UNESCO).

Tuberculosis ¿ Que hacer ?

Dra. Raquel Zubizarreta Alberdi

Los orígenes de la Tuberculosis se remontan probablemente a los propios orígenes de la humanidad. Durante milenios nuestros antepasados padecieron el azote de esta terrible enfermedad y sólo a costa de grandes sufrimientos aprendieron lentamente a defenderse de ella. En momias egipcias de 3000 años de antigüedad se han encontrado restos de lesiones tuberculosas pulmonares.

Con el nacimiento de la Medicina Ciencia-Arte, a dicha enfermedad se le denomina tisis, del verbo "phthinein": consumirse y se da a conocer una Teoría Hereditaria respetada durante siglos por seguidores de Hipócrates. Aún en el siglo XVIII, médicos importantes creen en esta etiopatogenia, hasta que los descubrimientos de Koch y Villemin ponen fin a estas incógnitas. Efectivamente, en 1882, Robert Koch anuncia el descubrimiento del bacilo que produce los tubérculos. Ocho años después logra preparar la tuberculina a partir de un extracto de bacilos muertos, y desde entonces se ha venido utilizando esta sustancia para diagnosticar la infección tuberculosa. En 1895 Röntgen descubrió los Rayos X, haciendo posible la inspección visual de los pulmones de un sujeto vivo para descubrir posibles signos de lesiones tuberculosas, permitiendo diagnosticar a la tuberculosis en sus fases iniciales.

Ya en el siglo XX, aunque la Tuberculosis inicia su descenso, su impacto socio-económico en los años de la revolución industrial lleva a los gobiernos y a sus autoridades sanitarias a tomar medidas de lucha contra la endemia tuberculosa. Entonces, nacen los Dispensarios y centros preventivos y de diagnóstico precoz, como el Brompton Hospital de Londres, que aún hoy continúa dedicándose exclusivamente a las enf. resp. También en este siglo se crean por toda Europa establecimientos dedicados sobre todo a aislar y tratar a los tuberculosos: Los Sanatorios Antituberculosos.

En 1921 se prepara una vacuna contra la

Tuberculosis utilizando una forma atenuada del bacilo bovino. La B.C.G. sigue siendo la única vacuna disponible contra ésta enfermedad, a pesar de la unánime opinión de expertos internacionales sobre su utilidad relativa, parcial y temporal y de que su aplicación masiva no ha mejorado los parámetros epidemiológicos que miden el grado de endemia de la Tuberculosis en una Comunidad.

En 1920, se funda la Unión Internacional contra la Tuberculosis (U.I.C.T.) a fin de unificar esfuerzos a nivel internacional, poniéndose de acuerdo todos los países que deseen erradicar la Tuberculosis, sobre los actos más efectivos contra el enemigo común. A pesar de la estandarización de la medicina antituberculosa, tendremos que esperar a 1944, año en que Waksman, al descubrir la Estreptomicina, inicie el camino de la terapéutica eficaz. La era antibiótica permite en poco tiempo la llegada de una serie de fármacos que aumentan el porcentaje total de curaciones.

La primera campaña de vacunación masiva la efectuaron en 1948-51 las Sociedades Escandinavas de la Cruz Roja con el apoyo de la UNICEF. A partir de 1951, la OMS asume esa labor, ayudando a los Gobiernos a organizar y administrar progresivamente sus propios programas.

Durante éstos años 40, la OMS anunció que la Tuberculosis estaría erradicada hacia mediados de los años 70. Se equivocó de plano. Actualmente, esta enfermedad mata a más personas en todo el mundo que cualquier otra infección, incluidos el Paludismo y el SIDA. La tercera parte de los habitantes del globo albergan bacilos tuberculosos y 30 millones de personas morirán de Tuberculosis en los próximos diez años. Y estas cifras presentan una tendencia ascendente año tras año.

Tras 35 años de descenso continuo de la enfermedad en los países industrializados y a pesar

de las teorías que afirman que la Tuberculosis no puede aumentar ya que alcanzado el "Punto de Ruptura" en el que cada tuberculoso no es capaz de infectar al número suficiente de personas para que de ellos surja un nuevo enfermo tuberculoso, alcanzado en España, por ejemplo, en los años 40, gracias a la mejora de las condiciones socio-económicas, la enfermedad seguirá una línea siempre descendente (descenso natural, calculado en un 5% anual), pues a pesar de esta teoría la Tuberculosis vuelve con sed de venganza a los países industrializados. A título de ejemplo, en Nueva York, que es una zona de las más castigadas, el número de casos ha aumentado desde 1980 en un 150%, aumento que se inicia casi simultáneamente al anuncio del Plan de Erradicación de la Tuberculosis en EE.UU.:

¿Cuales pueden ser las causas de este desastre?

Parece ser que hemos cometido un error fatal al dar por supuesto que la guerra estaba ganada. En el mundo industrializado, la enfermedad se empezó a considerar como extinguida o en vías de extinción y la mayor parte de los investigadores y del personal de Salud Pública dieron también por supuesto que el mundo en desarrollo la vencería con la misma facilidad, gracias a los nuevos programas terapéuticos. El supuesto era erróneo. Se aplicaron esquemas terapéuticos poco rigurosos con escaso control y seguimiento del enfermo. Hoy sabemos que produce efectos mucho más desastrosos "un mal tratamiento" de la enfermedad tuberculosa que su "no tratamiento". Los tratamientos incorrectos o no controlados hasta la curación, suponen el mantenimiento de las fuentes de infección y lo que es mucho más grave, traen como consecuencia el arraigamiento de la Tuberculosis multirresistente. Actualmente, existen pautas cortas, estandarizadas y correctas que aseguran la curación en 6 meses de más del 95% de los casos, pero persisten las deficiencias del sistema asistencial que dificultan enormemente el seguimiento y monitorización de la adhesión al tratamiento de los enfermos tuberculosos. El cierre de los sanatorios debería haber ido seguido de un mejoramiento considerable de los servicios comunitarios, pero la crisis económica de los años setenta obligó a reducir estos servicios.

Ultimamente se ha reconocido en EE.UU.

la gravedad que plantea el problema de la Tuberculosis multirresistente, ya que la propagación de estas cepas bacterianas han sido la causa de brotes de tuberculosis en cárceles, asilos y hospitales diversos. La enfermedad causada por estas cepas resulta especialmente difícil de prevenir y de curar, presentando unas altas tasas de mortalidad que han afectado también a los médicos y demás personal que trabaja con enfermos tuberculosos. Aunque este problema se ha estudiado sobre todo en Nueva York, es indudable que se plantea en otros lugares y países y parecen evidentes las consecuencias que podrían tener las tendencias a restar atención a la lucha antituberculosa incluso en las zonas donde actualmente es baja la incidencia de la enfermedad.

A esta situación ya de por sí, explosiva, se ha añadido el virus de la inmunodeficiencia humana, potente y peligroso aliado del bacilo tuberculoso, toda vez que una persona infectada por éste está mucho más expuesta a sufrir una tuberculosis activa si también lo está por el VIH. Según la OMS, cerca de cinco millones de personas se encuentran infectadas por ambos microorganismos, lo que hace temer un aumento masivo de los casos de tuberculosis en los próximos años. Las personas co-infectadas están 25 veces más expuestas a sufrir un proceso posiblemente mortal. La Tuberculosis es una de las infecciones oportunistas que aparecen en los enfermos con VIH, es también la más frecuente y la más importante desde el punto de vista sanitario porque es la única que puede transmitirse a una población sana y por la facilidad con que lo hace por el aire (al fin y al cabo todos tenemos que respirar). Y cuando se observa una multirresistencia en un sujeto también infectado por el VIH, el resultado es casi siempre mortal. Los responsables de la lucha antituberculosa no podrían haber imaginado nada peor que la posibilidad de que surgiese algún factor capaz de multiplicar el riesgo de que una infección tuberculosa se transforme en enfermedad activa. Y esto es precisamente lo que sucede con el VIH. La experiencia demuestra que si bien el SIDA es incurable, cabe la posibilidad de evitar la tuberculosis en las personas infectadas por el VIH. Ahora bien, si un sujeto VIH positivo tiene la desgracia de sufrir una tuberculosis activa, un buen programa de lucha contra esta enfermedad le brindará la doble posibilidad de curarse de ella y de no transmitirla a otras personas.

Enlazando con la breve descripción de la historia de la tuberculosis, hoy en día disponemos ya de medios suficientes y rentables para prevenir y tratar la tuberculosis, aunque todavía no se aprovechan como sería de desear.

Parece evidente la necesidad de un Programa con dos objetivos fundamentales:

1.- Detección, tratamiento y curación de todos los enfermos tuberculosos activos a fin de poner coto a la trasmisión.

Esto implica, en una situación ideal, descubrir todos los casos de tuberculosis, diagnosticarlos lo más precozmente que permitan los actuales medios para ello, tratarlos sin excepción hasta su curación completa y vigilar los resultados obtenidos en cada área para mantener una alta tasa de curaciones. Esto eliminará las fuentes de infección e impedirá el aumento de las resistencias farmacológicas.

En el plano operativo, se debe realizar una búsqueda pasiva de casos entre los enfermos que acuden a los servicios sanitarios refiriendo síntomas. Esto implica la concienciación de los profesionales de Atención Primaria sobre todo, a fin de que mantengan una alta sospecha de tuberculosis ante determinadas situaciones clínicas. Esta actividad deberá complementarse con la revisión de los listados de los Servicios de Microbiología, de las altas hospitalarias, registros de SIDA, de Mortalidad, etc., a fin de localizar los casos diagnosticados y no declarados. A todos estos enfermos captados se les deberá localizar y seguir durante toda la duración del tratamiento hasta conseguir y constatar su curación.

2.- Localizar y proteger a los infectados que presentan un riesgo elevado de desarrollar la enfermedad tuberculosa, mediante la administración de quimioprofilaxis. Esto hará que vayamos eliminando el reservorio de la enfermedad, del cual van a surgir los futuros tuberculosos.

Debe organizarse una búsqueda activa sobre los grupos de población calificados de alto riesgo. En orden de prioridades, será preceptivo estudiar a los convivientes y contactos íntimos de los enfermos tuberculosos, especialmente a los bacilíferos. En este grupo se encontrarán el mayor

número de enfermos y de infectados. Debemos pues, tratar a los primeros y proteger mediante quimioprofilaxis a los segundos, acotando aún más la cadena epidemiológica.

Incluiremos en este grupo, a los infectados por el VIH, los usuarios de drogas por vía parenteral, la población sin vivienda o con pocos recursos económicos, los inmigrantes de países con alta tasa de infección y los sujetos en ciertas condiciones clínicas que aumentan el riesgo de enfermedad, como los silicóticos, diabéticos, etc., para los que posiblemente sea necesario el establecimiento de subprogramas especiales. La quimioprofilaxis se considera un arma fundamental de lucha antituberculosa en los países más avanzados.

¿Qué condiciones son necesarias para el desarrollo de un Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis?

En primer lugar, voluntad política por parte de los Gobiernos, que debe manifestarse elaborando una infraestructura adecuada en ambos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, y sobre todo impulsando y fomentando estructuras integradas en los servicios de salud que se encarguen de la supervisión de todas las actividades del Programa y de la formación de los profesionales sanitarios para capacitarlos en el desarrollo de las mismas.

Será necesario además establecer una buena distribución de los medios de diagnóstico para la atención primaria, apoyada por una política activa de refuerzo de este nivel asistencial, disponer de los presupuestos adecuados que garanticen la cobertura poblacional del Programa y de su permanencia a lo largo del tiempo y por último, aunque no por ello menos fundamental, sino al contrario pieza angular del Programa, un sistema de información y registro de casos y contactos que permita evaluar los resultados de este Programa y supervisar todas sus actividades.

Ni que decir tiene, que nada de esto funcionará si todos los profesionales sanitarios de ambos niveles no asumen sus responsabilidades y no se establecen métodos de educación, supervisión, incentiación y medidas de estímulo y facilitación sobre la comunidad en general y los enfermos tuberculosos y sus contactos en particular.

sanitarias urgentes, resulta indispensable realizar comparaciones para determinar que intervenciones son las más rentables. La OMS y el Banco Mundial han abordado estas cuestiones al redactar un documento preparatorio con destino al informe mundial sobre el desarrollo en 1993 (World development report 1993: investing in health). Uno de los datos aportados por el informe es que la tuberculosis es una de las enfermedades más rentables desde el punto de vista del tratamiento en los adultos de 15 o más años. Y el tratamiento de esta enfermedad cuesta aún menos que la vacunación antisarampionosa, si se tiene en cuenta el precio en relación con cada año de vida ganado. En estos momentos siguen dedicandose grandes sumas a proyectos cuyos beneficios no pasan de ser marginales, mientras que se descuidan los programas antituberculosos, permitiendo que se sigan arraigando en todos los países las temibles cepas de bacilos multirresistentes.

Por último, y ya en el campo de la investigación, deberemos fomentar activamente el desarrollo y la evaluación de nuevos medios de diagnóstico, tratamiento y prevención de esta vieja enfermedad. Como consecuencia del rápido descenso de los casos y defunciones en el mundo desarrollado que se produjo entre 1940 y 1960 gracias al descubrimiento de fármacos eficaces, se cerraron los sanatorios, se dismantelaron las instalaciones de lucha antituberculosa y los investigadores se desentendieron de la tuberculosis, tanto más cuanto que la financiación de sus investigaciones empezaba a flaquear por ser aparentemente innecesarias. Las pruebas de diagnóstico utilizadas, tienen decenios de antigüedad y no dejan de presentar inconvenientes. Siguiendo a la OMS, los estudios más importantes y más necesarios son los siguientes:

Estudios sobre medicamentos y regímenes terapéuticos nuevos y prometedores, nuevas técnicas de administración de los medicamentos y nuevas formas de estimulación del sistema inmunitario para mejorar los resultados terapéuticos.

Establecimiento y evaluación de nuevas pruebas de diagnóstico rápido para la tuberculosis activa y la infección tuberculosa.

Estudios epidemiológicos por medio de técnicas nuevas para mejorar la lucha antituberculosa, y estudios que permitan identificar

mejor a los individuos y grupos más expuestos a la tuberculosis.

Estudios sobre la interacción de las infecciones por el bacilo tuberculoso y el VIH que tengan una aplicación directa e inmediata en los programas nacionales de lucha.

Se están evaluando nuevas pruebas de diagnóstico como la reacción en cadena de la polimerasa y en materia de desarrollo de nuevos fármacos antituberculosos, un nuevo derivado de la quinoleína, la esparfloxacina presenta resultados prometedores, así como la rifapentina, una nueva rifamicina, en el tratamiento preventivo de la infección tuberculoso. Se investiga activamente también en el desarrollo de una vacuna más eficaz.

De momento, tanto los hombres de ciencia como los políticos tropiezan con muchas limitaciones. No sólo se necesita más dinero para la lucha antituberculosa, sino que todas las actividades se facilitarían con unas técnicas de diagnóstico más rápidas y con unos tratamientos más breves y aceptables para la población. A la

larga, los países deberán esforzarse en resolver el problema de la pobreza que, en el fondo es la razón por la que la tuberculosis y el VIH dejan secuelas tan graves en la sociedad, fundamentalmente de los países en vías de desarrollo.

"A menos que los Gobiernos, el personal de la salud y las comunidades, sin exceptuar el sector privado, den una respuesta inmediata y contundente a este problema mundial, la tuberculosis seguirá siendo, como en el pasado, una de las enfermedades más devastadoras que ha conocido el mundo".

(Hiroshi Nakajima).

Dra. Raquel Zubizarreta Alberdi, Técnico Superior do Servicio de Programas de Saude. Dirección Xeral de Saude Pública. SERGAS. Santiago

El papel de los profesionales de la salud en la erradicación del tabaquismo

Prof. Dr. Elisardo Becoña Iglesias

El problema de fumar cigarrillos

Fumar cigarrillos es una conducta muy extendida tanto en nuestra población como en la del resto de los países industrializados. Mientras que en España fuma actualmente el 35% de la población adulta en Galicia lo hace el 30%. Esto significa que una de cada tres personas es fumadora de cigarrillos.

El tabaco, que en nuestro medio se consume básicamente en forma de cigarrillos, es el responsable de la muerte prematura de 44.000 personas anualmente en todo el Estado de las que 3.500 corresponden a Galicia. Claramente este es un grave problema de salud pública que exige tomar medidas de

choque para frenar esta sangría de muertes, demasiadas cada día. Cánceres de pulmón, bronquitis crónica y enfisema, infartos, entre las más importantes, tienen como responsable principal o importante al tabaco en su aparición y desarrollo. Muchas de ellas, como sabemos, producen un gran sufrimiento tanto físico como psicológico y, además, son mortales. Esto implica sufrimiento para la persona, para los que le rodean y un enorme gasto para el sistema sanitario, para el sistema productivo y para todo el sistema social.

Claramente, fumar cigarrillos, es la causa de muerte evitable más importante que hoy existe para reducir la mortalidad de importantes enfermedades. El tabaco es la

"epidemia" actual más extendida en nuestra sociedad por su importancia cuantitativa, es ese elemento silencioso que va segando vidas a nuestro alrededor. Y muchos profesionales de la salud, políticos, periodistas y ciudadanos, cada vez menos por suerte, no siempre quieren saber, o reconocer, por lo cómodo que es

"negar la realidad", que el tabaco es la causa más importante que se puede evitar para reducir la mortalidad de nuestros ciudadanos.

En este contexto todos los profesionales de la salud, y especialmente los médicos, tienen un papel capital que jugar para la consecución de la reducción de la prevalencia del tabaquismo en sus pacientes, concienciar a otras personas y dejar ellos mismos, si es el caso, de fumar para con su ejemplo servirle a otros de modelo de que pueden hacerlo.

El Programa Gallego de Promoción de la Vida sin Tabaco

En Galicia fué aprobado en el año 1993 el Programa Gallego de Promoción de la Vida sin Tabaco por parte de la Consellería de Sanidade. Su implantación permitirá reducir la prevalencia del consumo de tabaco en la población de un modo continuo en los próximos años. Este es un programa amplio, ambicioso, realizable, evaluable y donde se tienen en cuenta todos los aspectos en los que hay que incidir para reducir el consumo de cigarrillos en una población.

Concretamente, los objetivos que el programa pretende con la población general fumadora son cinco:

1) Generalizar el consejo médico individual sistemático en la atención primaria de salud.

2) Asegurar la disponibilidad de la "guía de autoayuda para dejar de fumar" a todos los fumadores que intenten abandonar el hábito.

3) Aumentar la accesibilidad de determinados colectivos a programas específicos para dejar de fumar.

4) Informar sobre los riesgos que para la salud produce el tabaquismo, aprovechando la celebración anual del Día Mundial sin Tabaco (31 de mayo).

5) Actualizar la normativa autonómica de defensa de los no fumadores y hacer un seguimiento de su cumplimiento.

A nivel administrativo este programa se estructura a partir de una unidad de coordinación central y cuatro unidades de coordinación periférica (una por provincia). Estas coordinarán los Centros Promotores de Vida sin Tabaco, las Unidades de Deshabitación Tabáquica y todas las entidades y particulares que lleven acciones para el control y erradicación del tabaquismo

Papel de los profesionales de la salud

Queda claro de lo anterior que el papel de los profesionales de la salud en un programa de estas características, que abarca a toda la comunidad, que se dirige a todos los colectivos y que pretende ser integral, necesita la participación de muchos colectivos y muchas personas. Y, de modo especial, de los médicos, especialmente los de atención primaria, por un motivo claro: en torno al 70% de todos los fumadores visitan al menos una vez al año a su médico general. Además, el consejo médico simple de recomendarles que dejen de fumar, es el procedimiento que tiene en el momento actual el mejor coste-efectividad; esto es, aunque no se consigue

más de un 10-15% de fumadores abstinentes un año más tarde del consejo, el coste es mínimo, en comparación con otros procedimientos que, siendo más efectivos, tienen un mayor coste.

De modo simple, podemos indicar que ante cualquier persona que fume y ante el problema del tabaquismo, cualquier profesional debe:

A) Concienciarse del problema si aún no lo ha hecho. La información es necesaria pero no suficiente. Aparte, la nicotina que contiene el tabaco, es muy adictiva y a muchas personas les cuesta asumir que son "dependientes" de una sustancia a la que no pueden renunciar cuando quieren hacerlo.

B) Informar a sus pacientes de que el tabaco es malo para la salud y causa una importante morbilidad y mortalidad. La ocasión de proporcionar tal información es idónea en más de la mitad de las consultas: gripes, bronquitis u otros problemas pulmonares, problemas circulatorios, etc.

C) Aconsejarles que dejen de fumar. El simple consejo médico de que "vd. tiene que dejar de fumar" es efectivo en que muchos de los pacientes dejen de fumar y se mantengan abstinentes una parte importante de los mismos. Al año del consejo del 10 al 15% aún están abstinentes. En la tabla I indicamos las sugerencias del *National Cancer Institute* para el consejo médico efectivo (Directrices para un consejo médico eficaz).

D) Servir de modelo para otras personas, como compañeros, pacientes y sociedad en general, dejando de fumar o manteniendo una actitud objetiva, realista, defensiva de los derechos de los no fumadores y de la legislación al respecto, para que la gente deje de fumar o respete las áreas de no fumadores.

E) Tomar un papel activo, permanente, sin demagogias ni enfrentamientos, para la consecución de un mundo sin fumadores. Esta meta, aunque difícil a corto plazo, puede especificarse en submetas más objetivas y realistas como reducir cada año una parte del porcentaje de la prevalencia del número de fumadores. Ello se consigue con la labor de muchas personas a un tiempo. Aquí tomar un papel activo es ayudar a que tal reducción se produzca.

Por parte del especialista en salud pública cobra relevancia aportar datos epidemiológicos, conocimientos y estrategias tanto a sus colegas, administración sanitaria, como al resto de la sociedad, de las graves consecuencias que el tabaco produce, especialmente en la mortalidad y morbilidad.

Tabla I

Directrices para un consejo médico eficaz

1. PREGUNTAR en cada visita a sus pacientes cuál es su estatus de fumador.

En caso de que la persona fume cigarrillos debe preguntarle la cantidad de cigarrillos que fuma diariamente, marca, si le interesa dejar de fumar y si ha intentado dejar de fumar alguna vez.

Todos estos datos debe incluirlos en la historia clínica.

2. ACONSEJAR a todos los pacientes fumadores que tienen que dejar de fumar.

Para que el consejo sea efectivo:

- Debe ser claro, firme e inequívoco.
- Debe ser personalizado. Ej.: como padre vd...; como madre vd...; como profesional ...; como mujer embarazada...; como persona que ha vivido la muerte de un familiar por (enfermedad relacionada con el tabaco) ..., Ud. debe dejar de fumar lo antes posible.

3. AYUDAR a sus pacientes a dejar de fumar .

Son elementos importantes de la ayuda para los que quieren dejarlo:

- Fijar una fecha para dejarlo, como más lejana para el mes siguiente.
- Firmar un contrato con el compromiso de dejarlo.
- Proporcionar materiales de autoayuda.
- Evaluar el grado de adicción a la nicotina.

Los que no quieren dejarlo hay que volverles a preguntar en la próxima visita si fuman y volver a insistir en la necesidad de volver a dejar de fumar.

4. ORGANIZAR VISITAS PARA SEGUIR LA EVOLUCION DE SUS PACIENTES FUMADORES

Si la persona se da cuenta de que el médico se preocupa por él y le ofrece acudir en otra ocasión para comprobar que ha dejado de fumar aumenta la probabilidad de que deje de fumar. Aunque no acuden todos los pacientes a los que se les ofrece que vengan en otro día, es un procedimiento muy importante para conseguir incrementar la abstinencia en los fumadores. Se recomienda que la primera visita se haga dos semanas después del periodo de abandono y la segunda dos meses después.

Después de la abstinencia y de las visitas de seguimiento es recomendable llamarle posteriormente por teléfono para reforzarle en su abstinencia. Vd. u otra persona de su Centro de Salud puede encargarse de esta tarea.

En aquellos casos en que el paciente no ha acudido a la visita de seguimiento el teléfono puede ser de ayuda para conocer si ha dejado de fumar.

Aunque algún paso pueda parecer engorroso, recuerde que con tales medidas se reduce la morbilidad y mortalidad de sus pacientes y, por tanto, se le reducirán el número de consultas favoreciendo la mejora de la calidad de atención a sus pacientes.

(Texto elaborado y adaptado a partir de Glynn y Manley -1989-).

A modo de conclusión

Dejar de fumar es hoy una necesidad para muchas personas. El profesional de la salud tiene que jugar un importante papel para erradicar este hábito que afecta a uno de cada tres ciudadanos de nuestro país en la actualidad. Incidir en tal cambio debe hacerse tanto en la esfera de la relación médico-paciente, donde el consejo médico tiene un buen coste-eficacia, como con intervenciones más complejas.

Y, en el nivel intermedio, o incluso inicial, concienciar a los colegas de las graves consecuencias del tabaco en la salud y de que es posible hacer mucho para erradicar el tabaquismo en nuestra población poco a poco, día a día, sin radicalismo pero sin pausas, con datos y no con falacias, con la persistencia de la razón, teniendo claro que algún día... viviremos en un mundo sin tabaco.

Bibliografía.

-- Dirección Xeral de Saúde Pública (1993). Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade.

-- Becoña, E. (1993). Programa para deixar de fumar. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico da

Universidade de Santiago de Compostela.

-- Becoña, E., Galego, P. y Lorenzo, P. (1988). El tabaco y su abandono. Santiago de Compostela: Plan Autonómico sobre Drogodependencias.

-- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.

-- Gestal, J.J., Montes, A., Barros, J.M. y Smyth, E. (1988). Tabaco y patología. La

Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza.

-- Glynn, T.J. y Manley, H.W. (1989). How to help your patients stop smoking: A National Cancer Institute Manual for Physicians. Washington, D.C.: Superintendents of Documents, Department of Health and Human Services.

Elisardo Becoña Iglesias, Profesor Titular de Técnicas Terapéuticas do Comportamento da Universidade de Santiago.



Alcoholismo

Conceptos básicos

INTRODUCCION.

Concepto y definición de alcoholismo:

El hombre conoce el alcohol y sus efectos desde hace miles de años. Las primeras referencias históricas se encuentran en las inscripciones egipcias en la pirámide de Sakkara, levantada 4.000 años a.C.

La historia demuestra que, una vez que el alcohol es introducido en una civilización, cultura, o un grupo social que lo desconocía, queda incorporado con gran facilidad y rapidez a los patrones socio-culturales de la población.

Desde el punto de vista moral no era el uso del alcohol lo sancionable sino el abuso, de forma que, tradicionalmente el alcoholismo ha sido conceptualizado como una desviación, como un estado de intoxicación crónica. Así el alcoholismo, no es considerado como una enfermedad, es la embriaguez habitual, la locura producida por el alcohol con la indiscutible participación de la voluntad (o la falta de voluntad) del afectado.

La Psiquiatría ha considerado tradicionalmente, al alcohólico y a los demás drogodependientes, más como intoxicados que como toxicómanos. Es por ello que los tratados de psiquiatría clásicos, obvian la definición de alcoholismo y describen, únicamente las consecuencias de la intoxicación repetida y habitual.

Lo mismo sucede con los tratados de Medicina Interna. Se supone pues, que el alcohólico es el abusador habitual, el intoxicado crónico, el borracho inveterado, y por ello, puede padecer un listado de enfermedades: la cirrosis hepática, el delirium tremens o la demencia.

La idea del "alcoholismo crónico" ha perdurado por varias razones:

a) Entre el inicio en el uso de bebidas alcohólicas y la aparición de consecuencias patológicas definidas transcurren generalmente años.

b) El alcohólico (el que es "alcohólico" de verdad) nunca deja de beber. Ni los consejos de sus familiares, ni las amenazas de los médicos logran la abstinencia.

c) Los tratamientos, incluidos prolongados internamientos psiquiátricos no dan resultado.

La psiquiatría, tradicionalmente, ha aceptado que las drogodependencias y el alcoholismo eran secundarias a trastornos de la personalidad o neuróticos constituyendo simplemente "síntomas".

Las consecuencias del alcoholismo, sin embargo, eran consideradas "enfermedades" (el delirium, la alucinosis, las celotípicas, las encefalopatías, etc.) y eran objeto de tratamientos específicos en los que la cuestión de la dependencia quedaba al margen (el enfermo era "curado" de su delirium o de su alucinosis que muy probablemente volvía a repetirse al reiniciarse las ingestas étlicas).

La idea de que el alcoholismo es una enfermedad es relativamente reciente.

Esta idea parte de los conceptos de Jellinek, (*"todo uso de bebidas alcohólicas que perjudica de cualquier forma, al individuo, a la sociedad o a ambos"*), más posteriormente de Vaillant y, en nuestro medio de autores como Pérez Martorell, Piqueras, Santo Domingo, Bogani, Freixa y Bach. Desde este punto de vista al alcoholismo se le puede aplicar el modelo médico, que tiene su propia historia natural, factores de riesgo, precipitantes, consecuencias típicas y un status clínico propio y diferente según el momento evolutivo (diacronía y sincronía de la enfermedad alcohólica de Freixa y Bach, historia natural de Vaillant, etc.), ha sido recogido por las clasificaciones nacionales de enfermedades de la O.M.S. y por los Manuales Estadísticos para el Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la APA (DSM).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobada por la O.M.S., en 1976, la denominación de alcoholismo queda ya sustituida por la de "Síndrome de Dependencia del Alcohol", que tiende a imponerse y es la única válida para englobar toda la sintomatología propia del alcoholismo crónico : " un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para tomar alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia".

Desde el punto de vista farmacológico. El alcohol es una droga depresora del S.N.C. y como tal causa dependencia (psíquica y física), tolerancia y síndrome de abstinencia.

En nuestra cultura es una droga institucionalizada, formando parte de las llamadas drogas legales.

EPIDEMIOLOGÍA.

La eclosión de la dependencia alcohólica requiere la interacción de los tres eslabones clásicos: agente (las bebidas alcohólicas en sus diversas modalidades), ambiente (permisibilidad, disponibilidad, publicidad de las bebidas alcohólicas) e individuo víctima (factores de susceptibilidad genética, factores de personalidad, etc...).

De estos tres factores el de mayor relevancia es el ambiente social, habida cuenta de la relación directa entre producción - disponibilidad - consumo, por un lado, y problemas de salud relacionados por el otro.

Existe una relación directa entre el consumo de alcohol "per cápita" en una población y el impacto sobre la salud. La gran mayoría de bebedores consumen cantidades relativamente pequeñas, mientras que una pequeña proporción consume cantidades elevadas y peligrosas para la salud.

En general los niveles elevados de consumo de alcohol se asocian con tasas altas de mortalidad por cirrosis hepática y de ingresos hospitalarios con diagnósticos de dependencia al alcohol, psicosis alcohólica, cirrosis hepática, accidentes, pancreatitis, encefalopatía de Wernicke y psicosis de Korsakoff.

CONSECUENCIAS SANITARIAS.

El consumo excesivo de alcohol no sólo es peligroso por el riesgo de alcoholismo o por las consecuencias orgánicas de su uso habitual, sino porque los episodios agudos de ingestión abundante de bebidas alcohólicas pueden acarrear alteraciones de corta duración en las funciones y el control del bebedor individual, que pueden desembocar en actos violentos, accidentes, trastornos físicos debidos a la exposición a los rigores del

clima, etc...

El consumo de alcohol puede producir complicaciones en las siguientes situaciones:

A) Ingestión de bebidas alcohólicas, aún cuando ésta se realice de forma moderada, cuando existen situaciones de riesgo.

a) En grupos específicos de población de alto riesgo.

b) En personas que han de conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa.

c) En presencia de determinadas enfermedades.

El consumo de alcohol de forma moderada da lugar a complicaciones en las siguientes situaciones:

A.- Ingestión de bebidas alcohólicas, aún cuando esta se realice de forma moderada, cuando existen situaciones de riesgo. Las embarazadas serán por ejemplo un grupo que reúne las características de "alto riesgo" por la posibilidad que existe de que el consumo de alcohol origine en el hijo que nazca con un "Síndrome Alcohólico Fetal" cuya frecuencia según algunos autores alcanza en la actualidad cifras similares a la incidencia del Síndrome de Down.

B.- La combinación del alcohol con otras drogas puede producir efectos distintos debidos tanto a una modificación de la absorción y penetración como a cambios del metabolismo y la eliminación de productos metabólicos. En algunos casos se puede incrementar el efecto de algunas drogas (diazepan, pentobarbital, clorpromazina), así como se pueden ver disminuídos los efectos de dichas drogas en alcohólicos crónicos.

C.- El uso de bebidas alcohólicas aún de forma moderada puede estar contraindicado en el caso de determinadas enfermedades: úlcera péptica, enfermedades hepáticas, epilepsia, depresivos, hipotermia, etc.

B) Cuando se ingieren bebidas alcohólicas de forma habitual en una cantidad excesiva.

a) Riesgo de alcoholización.

b) Riesgo de alcoholismo.

El consumo de bebidas alcohólicas de forma habitual de manera excesiva puede traer consecuencias nocivas que deben ser evitadas.

Aún cuando es muy difícil establecer una cantidad límite de alcohol a partir de la cual podamos hablar de consumo excesivo por depender este de otras muchas circunstancias que inciden en su peligrosidad, la mayoría de los autores coinciden en que este límite puede ser establecido en 100 c.c. de alcohol puro diario para una persona sin complicaciones orgánicas de un peso aproximado de 70 kilos.

Entre las enfermedades que se asocian más frecuentemente con el uso continuado de alcohol podemos destacar: enfermedades gastrointestinales (esofagitis, carcinoma esofágico, gastritis, diarrea crónica, pancreatitis, anorexia, hepatitis alcohólica, cirrosis...), enfermedades neurológicas (polineuritis, crisis convulsivas, psicosis alcohólicas, delirium tremens,...) enfermedades de la sangre como anemia, deficiencias vitamínicas (beri beri, pelagra), enfermedades metabólicas (hipoglucemia e hiperglicemia alcohólica), trastornos sexuales (impotencia, amenorrea, atrofia ovárica), etc...

C) Intoxicación alcohólica aguda

Cualquier persona aún cuando esta no mantenga un consumo excesivo regular ni presente ninguna de las contraindicaciones expuestas para el consumo de bebidas alcohólicas puede ser afectada por éstas de forma esporádica a través de episodios de sobredosis. Se manifiesta por la "embriaguez" que es la manifestación de la "intoxicación etílica aguda".

Numerosos accidentes de carretera, de trabajo, domésticos, etc, ocurren durante las primeras fases de la embriaguez. Así mismo

las conductas de violencia y el deterioro de las relaciones sociales se hacen evidentes.

Concentraciones de alcohol en sangre entre 5 y 8,9 por 1.000 resultan mortales para el 90 por 100 de los afectados. La mayor parte de los casos de muerte en estado de intoxicación alcohólica aguda muestran una alcoholemia de 1,8 a 6,7 por 1.000.

CONSECUENCIAS SOCIALES.

Se manifiestan en las esferas familiar, laboral y social. En la familia se degradan las relaciones entre sus miembros, siendo frecuentes los malos tratos a la mujer y a los hijos, llegando a la separación conyugal. En el medio laboral son frecuentes las bajas laborales por enfermedad, accidentes, absentismo no justificado y bajo rendimiento en el trabajo, todo lo cual ocasiona, en muchos casos, la pérdida del puesto de trabajo. En la comunidad son frecuentes las conductas antisociales (agresiones, robos, accidentes, homicidios y suicidios), lo que hace que muchos alcohólicos tengan problemas con la ley.

Sabido es que el alcohol es un "factor criminógeno" de primer orden ya que se admite que más de la cuarta parte de accidentes de tráfico se evitarán en ausencia del consumo de alcohol. Se ha comprobado estadísticamente que se cometen un elevado número de delitos en los denominados "días criminales", los cuales se corresponden precisamente con los días de intemperancia en el consumo de bebidas alcohólicas.

La gente racionaliza su ingesta alcohólica mediante argumentos de tipo "organoléptico" (comidas, olor, sabor, temperatura), "social" (amistad, conversación, convención) y "evasión" (olvido, diversión, distracción).

Las consecuencias sociales del alcoholismo se manifiestan más precozmente y con más intensidad en los grupos socioeconómicos menos favorecidos, debido

a que en estos colectivos los efectos negativos de la enfermedad sobre la economía familiar se manifiestan rápidamente.

Los mayores porcentajes de bebedores se dan entre los varones y en edades entre los 18 y 34 años.

Los epidemiólogos expertos en toxicomanías han probado que el uso precoz de tabaco y alcohol es un "indicador de riesgo" en la edad juvenil, así como el retraso en la edad de primer consumo de tabaco y alcohol retarda también la iniciación en el resto de drogas.

DIAGNOSTICO Y TIPOS.

A.- Hay varios signos clínicos que sugieren alcoholismo, muchos de ellos debidos a la afectación hepática y típicos de fases avanzadas de la enfermedad. Podemos encontrar temblor de manos, marcha de tándem, ángulo profundo en las rodillas, más de cinco arañas vasculares, circulación colateral, ginecomastia, rinofima, hipersensibilidad abdominal, eritema facial, eritema palmar, moratones y raspaduras, cicatrices post-traumas, lengua cubierta, edema del paladar blando, manchas de nicotina y quemaduras de cigarrillos y tatuajes.

Entre los síntomas sugestivos podemos encontrar incapacidad para concentrarse, pérdida de memoria, pesadillas, cefalea matutina, tos productiva diaria, molestias de tipo ulceroso, náuseas y vómitos, quejas inespecíficas, carácter variable e irritable, alucinaciones y episodios de confusión mental.

B.- Ante la sospecha de alcoholismo debemos preguntar directamente sobre su consumo, evitando tonos moralizadores o inquisidores. Existen varios modelos útiles de cuestionarios, como, por ejemplo, el cuestionario CAGE, pudiéndose utilizar preguntas parecidas. En el caso del CAGE, dos o más respuestas afirmativas confirman el

diagnóstico, una respuesta afirmativa indica probable alcoholismo, mientras la negación a todas las preguntas descarta su existencia, a menos que los familiares del paciente confirmen lo contrario, teniendo en cuenta que el diagnóstico de alcoholismo asume el consumo o deseo irrefrenable al consumo, no suponiendo alcoholismo todas las quejas de "beber inadecuadamente" realizadas por el entorno del paciente.

C.- La utilización conjunta de cuestionarios y pruebas de laboratorio permite tener una detección precoz y sencilla de la enfermedad alcohólica.

De las muchas determinaciones utilizadas (alcoholemia, transaminasas, colesterol y triglicéridos, creatinfosfoquinasas, uricemia), son la determinación de la gamma-glutamyl transpeptidasa (γ - GT) y el volumen corpuscular medio (VCM) las más eficaces. La primera indica un aumento de la actividad microsomal inducida por el alcohol, pudiendo estar alterada en individuos con hepatopatía no alcohólica o que consumen determinados fármacos; se halla aumentada en un 70 a 80% de los alcohólicos con consumos de 40 a 80 g./diarios. Con la abstinencia se alcanzan rápidamente valores normales.

En el 75 a 90 por 100 de alcohólicos, con dosis superiores a 60 g./d., se encuentra aumentado el volumen corpuscular medio (VCM). Este parámetro tarda varias semanas en regresar a cifras normales tras la abstinencia.

El aumento conjunto de ambos parámetros es muy sugestivo de alcoholismo.

D.- La determinación de los distintos tipos de alcoholismo tiene interés dado que puede seguir abordajes distintos:

- El "**bebedor enfermo psíquico**" es el que utiliza el alcohol para mitigar la sintomatología de su enfermedad de base, como es el caso de pacientes con trastornos esquizofrénicos, afectivos o ansiosos. En ocasiones pueden utilizar el alcohol para

aumentar esa sintomatología, como es el caso de los pacientes hipertímicos.

En general se trata de un alcoholismo sintomático, donde la forma de beber es diversa, corriendo paralela a la enfermedad subyacente.

- El "**alcoholómano**" viene marcado por sus características de personalidad, que lo convierten en un bebedor impulsivo, con un deseo urgente de alcohol acompañado de falta de control e incapacidad para abstenerse, usando la bebida para corregir sus vivencias desagradables. Se trata de un consumo precoz y muy irregular, con frecuentes embriagueces y con sensaciones de desesperanza y soledad.

- El "**bebedor excesivo regular**" es el que bebe debido a su ambiente sociocultural (medios alcohólicos, determinadas profesiones). Beben cada día de forma regular y ordenada, sin embriagueces, pero con el desarrollo de varias complicaciones orgánicas a lo largo de los años. Este tipo de consumo puede interrumpirse a veces ante un "susto" médico. Según la cantidad ingerida se habla de consumo moderado o regular.

- El "**bebedor excesivo normal**" será aquel con uso excesivo o inadecuado de alcohol, sin base psicopatológica, psicológica ni sociocultural.

BIBLIOGRAFIA

- MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA. G. Piédrola Gil (8ª edición Salvat Editores, S.A.).
- TRASTORNO POR DEPENDENCIA DEL ALCOHOL. CONCEPTOS ACTUALES. Dres.: Soler Insa, P.A., Freixa, F., Reina Galán, F. y Cols. 1988.
- ALCOHOLISMO. G.F. Poch, H.M. Malka, P. Fouquet, G.
- MANUAL DE ALCOHOLOGIA. R. Malka, P. Fouquet, G. Vachonfrance. Ed. Masso, 1988.
- ENFERMEDAD ALCOHOLICA. Varios. Ed. Químicos Unidos, S.A.
- TOXICOMANIAS. UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR. F. Freixa, A. Soler Insa y cols. Ed. Fontanella, 1981.
- DROGODEPENDENCIAS. M.A. Materazzi. Ed. Paidós: Psiquiatría, Psicopatología Psicosomática. 1984.

Dra. Beatriz Placer Iglesias.

En colaboración con el equipo técnico de la Asociación de Ex-alcohólicos de La Coruña: Dr. Ferreiro Casal, Dr. López Méndez, J.M. Recousó

Cursos, Congresos y Jornadas:

-- **XV Jornadas de Economía de la Salud. Cambios en la regulación sanitaria. En Santiago de Compostela días 13-16 de junio. Información: c./ Emilia Pardo Bazán nº 8 (La Coruña). Teléfono: (981) 121558. Se celebrará en la EGAP (Área Central).**

-- Curso corto del Centro Universitario de Salud Pública. Metodología de Análisis de las Condiciones de Trabajo. Durante el mes de Junio en Madrid, teléfono (91)5642499

-- Curso corto del Centro Universitario de Salud Pública. Análisis de Riesgos: Métodos Cuantitativos y Cualitativos. Durante el mes de Julio en Madrid, teléfono (91) 5642499

-- Curso de verano sobre Enfermería: Presente y Futuro. En Ferrol información Secretaría de alumnos Universidad Menendez Pelayo. c/ Juan Flores nº 8. La Coruña. Telef. 981140830

--1^{er} Congreso Internacional de Psicología Conductual. Salón de Actos de la Facultad de Informática de la Universidad de la Coruña. 12 de Julio de 1994. Secretaría: Asociación Española de Psicología Conductual. Apto. de Correos 4500 (15080) La Coruña.

-- VII Seminario Internacional de Sistemas de Salud: Análisis de políticas Sanitarias en Europa . Granada 4-8 Julio de 1994 (30 horas lectivas) . EASP. 275044 GRANADA

-- Curso de Análisis de Supervivencia. En Santiago del 17 al 21 de octubre. Se celebrará en la EGAP. Secretaría: Viajes Atlantico (plazuela de Fuenterrabía nº 3 Santiago).

-- XII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. 29-sep a 1 de oct. de 1994. En Alicante. 965659811.

-- XII Jornadas de Sociodrogalcohol: Avances en patologías aditivas. Santiago de Compostela 29-31 de Marzo de 1995. 986431196



El día 15 de Junio de 1994, a las 19:00 horas se presentará el programa de **"PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS: PARA QUE NAZCA SANO"**, promovido por el Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con minusvalías y la Fundación 1.000.

Se celebrará posiblemente en el Salón de Actos del Hotel Araganey (saldrá en prensa), y habrá una mesa redonda en la que intervendrán:

-- Prof. Peña Guitián. Catedrático Emérito de Pediatría de la Univ. de Santiago-HGG.

-- Dr. Fraga Bermudez. Jefe del Serv. de Neonatología del HGG.

- Dra. M^a Luisa Martínez Frías. Directora de ECEMC.
- Dr. Iglesias Diz. Ginecólogo.

Estudio epidemiológico del alcoholismo

Asociación de ex-alcohólicos de La Coruña

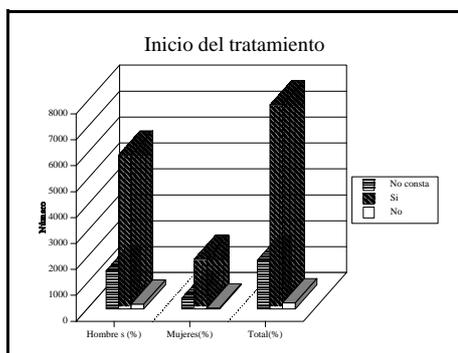
OBJETIVO. Conocer los aspectos epidemiológicos más relevantes sobre la población alcohólica atendida en el dispensario de la Asociación de ex alcohólicos de La Coruña

DISEÑO. Estudio descriptivo.

RESULTADOS: El perfil del paciente que acude a este Centro se podría definir como : Varón, de edad comprendida entre 37 y 41 años, con estudios primarios, activo, casado, residente en la provincia de La Coruña (con predominio del ámbito rural), que acude al Centro con alteraciones de la salud física, con un diagnóstico de ICD-9 303, con antecedentes familiares de alcoholismo en uno o varios miembros de la familia y que consumió alcohol por primera vez entre los 10 y 18 años.

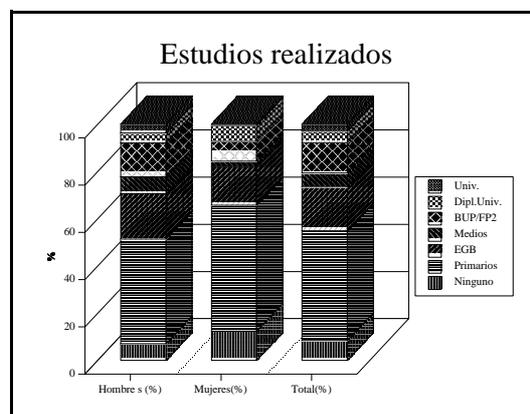
Para realizar este estudio se ha elegido a la población atendida en la Asociación desde el mes de Junio del año 1987 hasta el mes de Agosto de 1992.

En estos 5 años han sido atendidos en el Dispensario de la Asociación de Ex-Alcohólicos 1057 pacientes, de los cuales han iniciado tratamiento 832 (78,71%). Este porcentaje total se divide en un 59,41% (628) de varones y un 19,30% (204) de mujeres. El resto, el 21,29% (225) es de personas a las que se ha realizado historia clínica, pero que han decidido no seguir el tratamiento, antes de comenzar, por diferentes motivos, entre ellos la falta de concienciación.

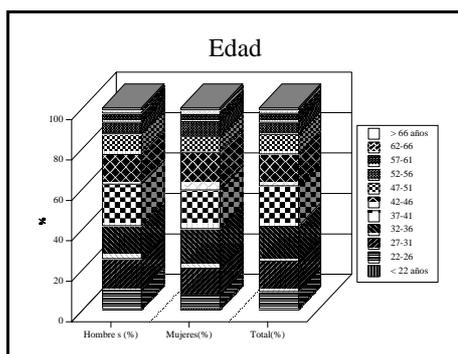


La edad media de la población es de 39,55 años para toda la muestra, distribuyéndose en un 39,43 años de media de edad para los hombres y un 39,92 para las mujeres.

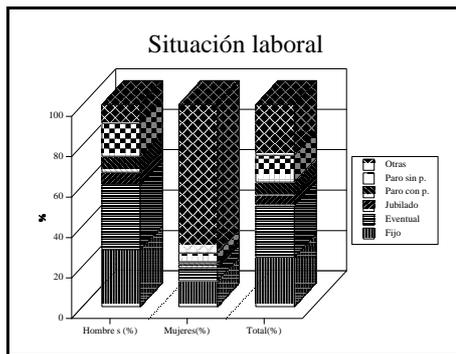
to al nivel cultural podemos decir que un 46,51% (387) tienen estudios primarios, un 12,86% tienen estudios medios, un 8,29% de pacientes no poseen ningún tipo de estudios.



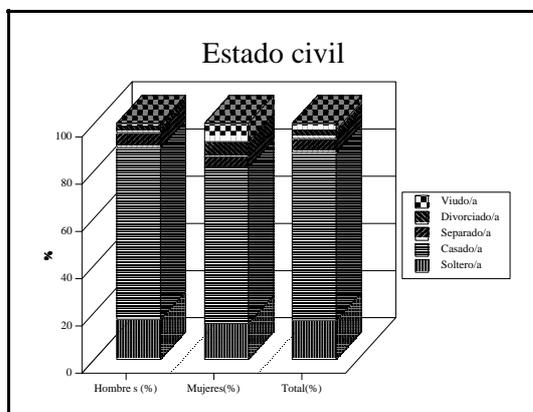
En relación a la población en paro los datos son de 19,59%. La población trabajadora restante es de 75,48% incluyendo aquí las amas de casa, liberales, empresarios o autónomos. Un 4,93% son jubilados.



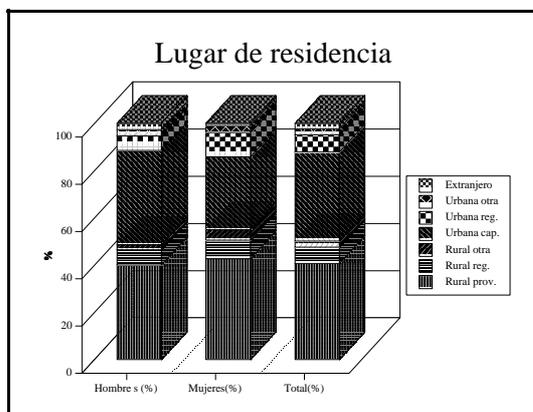
R
es
p
ec



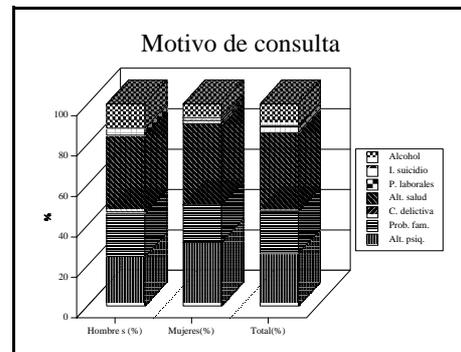
En cuanto al estado civil, un 71,03% son casados, un 16,59% solteros, 9,5% son separados o divorciados y un 2,88% son viudos.



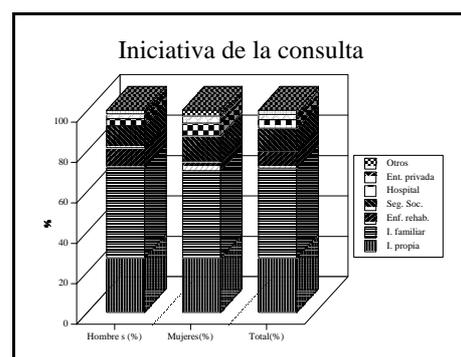
Con respecto al lugar de residencia podemos decir que la mayoría de la población asistida es de la provincia de La Coruña, un 78,37%, fragmentándose este resultado en un 40,63% de ámbito rural y un 37,74% de población urbana, el 21,63% se desglosaría en el resto de la Comunidad Autónoma.



El motivo de la consulta se divide en alteraciones psíquicas un 26,08%, alteraciones de la salud física 38,46%, desajustes familiares 20,67%, por el alcohol un 10,82%. El resto se fragmentaría en conducta social delictiva 0,60%, problemas laborales 2,76% o intentos de suicidio 0,60% .

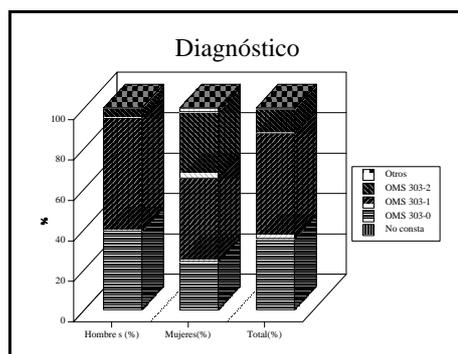


Con relación a la iniciativa de consulta es de destacar un 44,47% de iniciativa familiar, un 26,92% de iniciativa propia, frente al 4,21% de pacientes remitidos de Centros Hospitalarios y un 11,30% de la Seguridad Social o médicos de cabecera. La asistencia al centro por otros enfermos rehabilitados supone un 8,41%, destacando la escasa incidencia dentro de la Seguridad Social, médicos de cabecera y Centros Hospitalarios.

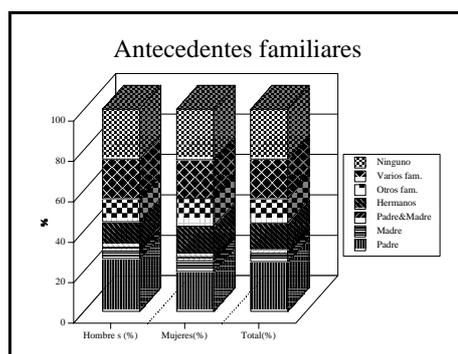


El diagnóstico realizado en los 832 casos se desglosa como sigue: Un 35,22% de bebedores alcoholómanos, (OMS 303-0). Un 52,16% de bebedores excesivos regulares, (OMS 303-1). Un 11,78% de bebedores enfermos psíquicos, (OMS 303-2).

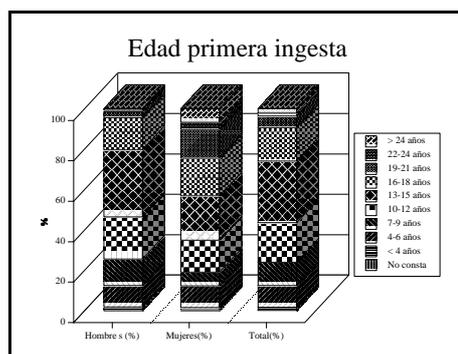
Un 0,72 correspondería a otros diagnósticos.



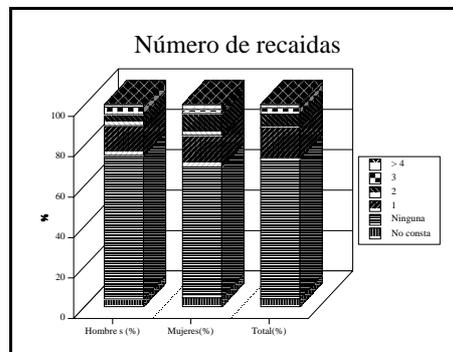
En relación a los antecedentes familiares hay un 24,76% de casos que no se da ningún tipo de antecedente alcohólico frente a otro 24,52% que lo padeció en el padre y un 19,47% que estaba presente en varios miembros de la familia. En el caso de padecerlo los hermanos se encuentra una incidencia del 13,22%..



La edad de primera ingesta estaría entre los 13 y los 15 años (30,53%), comprobando que de los 10 a los 12 años representa un 19,59% de la muestra y de los 16 a los 18 un 16,59%.

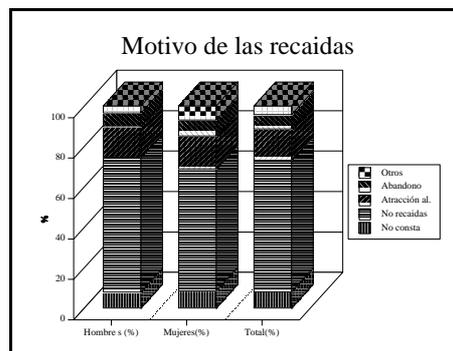


Con relación al porcentaje de recaídas, un 69,59% no ha padecido ninguna recaída, un 14,90% ha tenido una, un 6,85% ha tenido dos y un 4,76% ha tenido tres o más.



El motivo esencial de la recaída es:

- Atracción por el alcohol 15,26%.
- Abandono del tratamiento 6,97%.
- Todas las demás puntuaciones no son significativas.



El prototipo del paciente que acude a este Centro, es:

Varón, de edad comprendida entre 37 y 41 años con estudios primarios, activo, casado, residente en la provincia de La Coruña (con predominio del ámbito rural), que acude al centro con alteraciones de su salud física, con un diagnóstico de ICD-9 303, con antecedentes familiares de alcoholismo en uno o varios miembros de la familia, que consumió alcohol por primera vez entre los 10 y 18 años, del que a nivel predictivo se podría inducir que seguiría el tratamiento correctamente y sin recaídas.

BIBLIOGRAFIA

- MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA. G. Piédrola Gil (8ª edición Salvat Editores, S.A.).
- TRASTORNO POR DEPENDENCIA DEL ALCOHOL. CONCEPTOS ACTUALES. Dres.: Soler Insa, P.A., Freixa, F., Reina Galán, F. y Cols. 1988.
- ALCOHOLISMO. G.F. Poch, H.M. Malka, P. Fouquet, G.
- MANUAL DE ALCOHOLOGIA. R. Malka, P. Fouquet, G. Vachonfrance. Ed. Masso, 1988.
- ENFERMEDAD ALCOHOLICA. Varios. Ed. Químicos Unidos, S.A.
- TOXICOMANIAS. UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR. F. Freixa, A. Soler Insa y cols. Ed. Fontanella, 1981.
- DROGODEPENDENCIAS. M.A. Materazzi. Ed. Paidós: Psiquiatría, Psicopatología Psicosomática. 1984.

Equipo técnico de la Asociación de Ex-alcohólicos de La Coruña:

Dr. Ferreiro Casal,
Dr. López Méndez
J.M. Recouso Ramos (psicólogo)
R. Jacomé Feijoo (asist. Social)
P.L. Miguel López (Técnico Informático).

Con la colaboración de la Dra. Beatriz Placer Iglesias



PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

(Apto. de Correos nº 139 (15701 Santiago))

Requisitos para la publicación:

- 1.- Que el tema esté relacionado con la Salud Pública en cualquiera de sus variantes (prevención, epidemiología, demografía, medio ambiente, productos de consumo, gestión/administración sanitaria, residuos, tratamiento de aguas, investigación, educación sanitaria, etc...).
- 2.- Trabajos escritos a máquina a doble espacio, con un máximo de 6 carillas (incluidos dibujos, tablas o gráficos), o bien (preferentemente), en disquette de 3.5" en cualquiera de los procesadores de text o habituales o bien en el editor del MS-DOS[®].
- 3.- Los trabajos han de venir firmados, nombre, apellidos y nº de DNI.
- 4.- La Dirección de la Revista se reserva el derecho a la publicación o no del artículo, comunicando por escrito, en caso de no publicarse, las razones de tal determinación.

PREVENCIÓN DE LAS NEUMONÍAS

José Miguel Brizuela Rodicio.

OBJETIVO: Descripción de los sistemas de prevención de las neumonías.

DISEÑO: Estudio descriptivo, a partir de los datos reales de los años 1984-1991.

CONCLUSIONES: Hay que actuar sobre la fuente de infección haciendo un diagnóstico precoz con trata-miento, realización de la correspondiente encuesta epide-miológica, aislamiento, desin-fección y educación sanitaria; sobre el mecanismo de transmisión evitando la diseminación de gérmenes por la tos y estornudos, ventilando y saneando los locales públicos cerrados con grandes aforos y los vehículos de transporte público, sobre todo en invierno; y, finalmente, actuar sobre el sujeto susceptible, aumentando su resistencia por medio de la inmunización, haciendo una buena higiene individual y una buena educación sanitaria.

INTRODUCCIÓN.

Las neumonías son la 1ª causa de muerte por patología infecciosa, la 6ª causa de muerte en la población general y la 4ª en personas mayores de 65 años.

La neumonía es la 1ª causa de muerte por enfermedades del aparato respiratorio en menores de un año, tanto en hombres como mujeres; lo mismo ocurre en hombres de 5-14 años y de 25-34 años.

Las neumonías ocupan un puesto preeminente entre las causas determinantes de la elevación del gasto sanitario, junto con el ulcus gástrico, el reumatismo, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La infección del aparato respiratorio permanece como uno de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria.

Las complicaciones de las neumonías son importantes dada su gravedad y dentro de ellas destacan la insuficiencia respiratoria y la sepsis.

Como consecuencia de esta elevada mortalidad y coste económico se intentan establecer una serie de medidas que disminuyan la incidencia de las neumonías.

NEUMONÍAS : Medicina Preventiva

1.- Actuaciones sobre la fuente de infección

Las medidas fundamentales incluyen el diagnóstico precoz con tratamiento, la realización de la correspondiente encuesta epidemiológica, aislamiento, desinfección y educación sanitaria.

- Las técnicas diagnósticas se basan en la radiología (con tres patrones radiológicos típicos), analítica sanguínea, aislamiento de muestras respiratorias (esputo, punción transtraqueal, lavado broncoalveolar, cepillado bronquial por catéter telescópico, punción aspirativa transitoria, biopsia pulmonar por toracotomía) y en la presencia de sustancias microbianas (moléculas químicas, antígenos, fragmentos de DNA ó RNA).

Ante una epidemia, hay que confirmar el diagnóstico por datos clínicos.

El diagnóstico de sospecha se confirma por el laboratorio, aislando al agente etiológico, demostrando la respuesta inmune y la respuesta al tratamiento. También se pueden utilizar pruebas bioquímicas.

- El tratamiento consiste en tomar las medidas generales necesarias (hidratación, antitérmicos, expectorantes, y oxigenoterapia), ventilación mecánica y el tratamiento con antimicrobianos.

- Vigilancia epidemiológica: MORBILIDAD:

Por número de casos declarados, la neumonía es la 3ª enfermedad más común del aparato respiratorio, por detrás de la insuficiencia respiratoria aguda y de la gripe, y por delante de la tuberculosis .

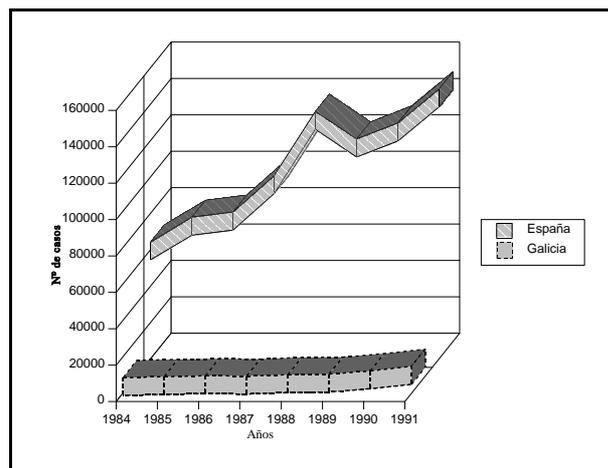
Las enfermedades del aparato respiratorio representaron en 1985 el 85% del total de las enfermedades de declaración obligatoria.

Los casos de neumonía en España tienen una marcada tendencia ascendente desde su inclusión entre las EDO en 1982, excepto en 1989, en que hubo un descenso, para luego seguir ascendiendo; sin embargo en Galicia este descenso transitorio tuvo lugar en 1987, debido a un descenso de los casos en las provincias de La Coruña y de Lugo.

Nº de casos de neumonía: España y Galicia durante los años 1984-1991:

Año	España	Galicia
1984	59.345	3.573
1985	72.938	4.115
1986	75.776	4.571
1987	95.832	4.377
1988	131.128	5.210
1989	115.933	5.440
1990	124.702	7.234
1991	143.430	9.798

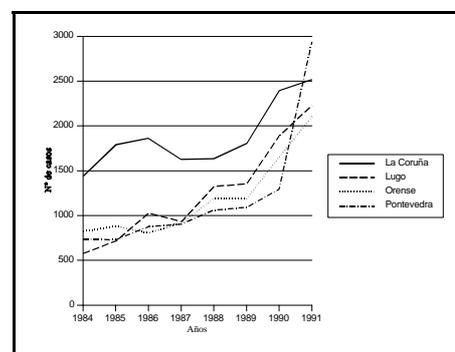
La representación gráfica es la siguiente:



Nº de casos de neumonía en Galicia durante los años 1984-1991 desglosados provincialmente:

Año	Cor.	Lugo	Oren.	Pont.
84	1440	576	820	737
85	1789	714	883	729
86	1861	1029	805	876
87	1628	932	914	903
88	1634	1325	1191	1060
89	1804	1352	1190	1094
90	2392	1891	1657	1294
91	2518	2234	2108	2938

La representación gráfica es la siguiente:



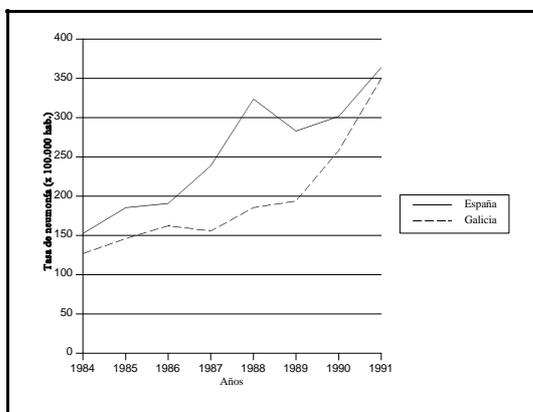
Las tasas de neumonía son más altas en España que en Galicia y, dentro de Galicia, las tasas más bajas correspondieron a la provincia de

Pontevedra hasta 1991, año en el que la más baja correspondió a La Coruña. La tasa más alta corresponde a Lugo desde 1986, en los años anteriores correspondía a Orense.

Las tasas de neumonía de España y Galicia:

AÑO	España	Galicia
1984	152,33	126,77
1985	185,35	146,03
1986	190,64	162,27
1987	238,70	155,47
1988	323,37	185,25
1989	283,05	193,69
1990	301,43	257,97
1991	363,73	350,06

La representación gráfica es la siguiente:

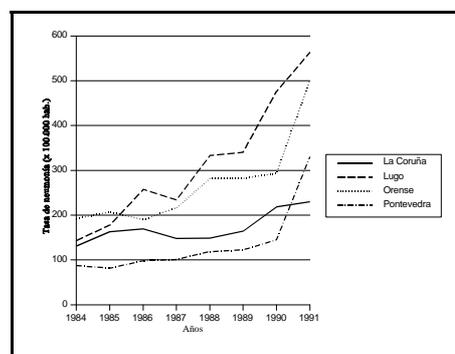


La neumonía incide preferentemente en los grupos de población que tienen mermados sus mecanismos de defensa locales o sistémicos. Son más frecuentes en las ciudades, entre las personas mal acondicionadas (clases más desfavorecidas).

Las tasas de Galicia provincialmente:

Año	Cor.	Lugo	Oren.	Pont.
84	131.03	143.31	192.16	87.75
85	162.70	178.06	207.51	81.74
86	169.18	257.43	189.76	98.10
87	147.97	233.96	216.15	101.02
88	148.67	332.95	281.94	118.71
89	164.36	340.19	282.09	122.68
90	218.27	476.57	293.41	145.34
91	230.20	564.07	501.43	330.61

La representación gráfica es la siguiente:



MORTALIDAD:

Para la vigilancia epidemiológica se usa el exceso de mortalidad por todas las enfermedades respiratorias agudas o, tan solo, el exceso de muertes debidas a gripe y neumonía, que es el indicador más sensible.

En las neumonías la mortalidad es elevada, sobre todo en pacientes debilitados y en individuos de edad avanzada. Las causas son varias: por el mayor número de sujetos con factores de inmunosupresión por el desarrollo de nuevos tratamientos (transplantes, quimioterapia) y por otra parte la selección de cepas (resistencia) debido a la masiva utilización de los antibióticos.

En Galicia, las neumonías, son responsables del 17% del total de la mortalidad producida por enfermedades del aparato

respiratorio.

2.- Actuaciones sobre el mecanismo de transmisión.

La erradicación permanente de las fuentes de transmisión es tarea imposible, dada la ubicuidad de la mayoría de los agentes responsables de las neumonías.

En casos de brotes epidémicos se pueden identificar, eliminar y, en su caso, establecer pautas de tratamiento preventivo.

Las demostraciones de cariño, la tos y estornudo constituyen el mecanismo fundamental del contagio.

La práctica de colocar un pañuelo delante de la boca en los accesos de tos y estornudos, lograría una reducción del contagio mucho mayor que con las demás medidas juntas.

Hay que sanear los locales públicos cerrados y con grandes aforos, tales como cines, teatros, aulas, cuarteles, etc.; también hay que sanear los vehículos de transporte público, con medidas de desinfección, ventilación, intercambio de aire, depuración de aire, etc.. Estas medidas adquieren una importancia determinante en épocas frías, ya que las neumonías y las enfermedades respiratorias, en general, se ven favorecidas por la acción de las bajas temperaturas sobre el organismo, la humedad o el hacinamiento en locales cerrados durante el invierno, la poca ventilación, etc..

Otras medidas de prevención son la supresión e inmovilización del polvo (construcciones con paredes y suelo liso y lavables), procedimientos para tratar ropas, utilización de máscaras, etc..

En épocas de epidemia, se recomienda

evitar las aglomeraciones de personas, sobre todo en locales cerrados.

3.- Actuaciones sobre sujetos susceptibles:

Existen muchos factores de susceptibilidad, sobre los que hay que actuar:

.. Alteración de los mecanismos de defensa pulmonares (tanto específicos como inespecíficos).

.. Presencia de condiciones predisponentes y de factores de riesgo (alcoholismo, convulsiones, tabaquismo, enfermedad cerebro-vascular, sonda endotraqueal, inmunosupresión, etc..).

.. Resistencia a los antibióticos.

.. Broncoaspiración de la flora de la orofaringe.

.. Edad: Las neumonías son más frecuentes en el grupo etario de 15 a 44 años.

.. Sexo: Son más frecuentes en varones.

.. Estacional: Son más frecuentes en invierno.

El control de la población sana se apoya en el momento de la resistencia del huésped por medio de la inmunización, en la higiene individual y en la educación sanitaria. También se deben tomar medidas generales (higiene del medio, mejorar la nutrición, promover el ejercicio, aislar al enfermo, esterilizar materiales, etc..) y hacer uso de la quimioprofilaxis.

BIBLIOGRAFÍA.

- Boletín epidemiológico semanal. Todos desde 1984-1991.
- "Infecciones causadas por cocos aerobios grampositivos". Ortega Calderón A., Rey Durán R, Sánchez Agudo L. Salud Rural nº 4. 1ª quincena de marzo de 1993.
- "Infecciones víricas del aparato respiratorio". Knight V. Tratado de neumología en Fishman A.P., ed. Doyma-McGraw & Hill. 1983.
- "Infecciones pulmonares en enfermedades infecciosas". Mensa J. y Gatell J.M. Ed. Perea E.J. 1991. Ediciones DOYMA, Barcelona.
- "Medicina interna". Harrison. 5ª ed. española. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1979.
- "Medicina interna". Stein, J.H, Salvat Editores, Barcelona, 1983.
- "Medicina preventiva y salud pública". Piédrola Gil G. 9ª ed. Ediciones científicas y técnicas S.A. Barcelona, 1991
- "Neumonías virales". Reichman R.C y Dolin R. Medicina clínica North. Am. (ed. esp) 1980.
- "Neumonías adquiridas durante la ventilación mecánica". Torres A. MTA-Medicina interna. 1992.
- Salud Rural de febrero de 1991 hasta 1993 inclusive.

MÉTODO DE PREVISIÓN EN SERIES CRONOLÓGICAS (II)

Juan Ramón García Cepeda.

También podría considerarse el ajuste de una relación lineal en la que participe más de una variable independiente:

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots$$

Es lo que se denomina Regresión Lineal Múltiple, si aplicamos mínimos cuadrados la fórmula sería la siguiente:

$$\sum (y - Y)^2 = \sum (y - b_1x_1 - b_2x_2 - b_3x_3 - \dots)^2$$

Frecuentemente la nube de puntos del diagrama de dispersión no se ajusta a una recta (regresión lineal), pudiendo efectuarse un ajuste polinómico (regresión polinómica), que puede ser:

- de grado 2 (parábola): $y = a + bx + cx^2$
- de grado 3 (sinusoidal): $y = a + bx + cx^2 + dx^3$
- etc...

Mediante el método de mínimos cuadrados se podría reducir la fórmula correspondiente del grado, que queramos calcular, a la siguiente expresión:

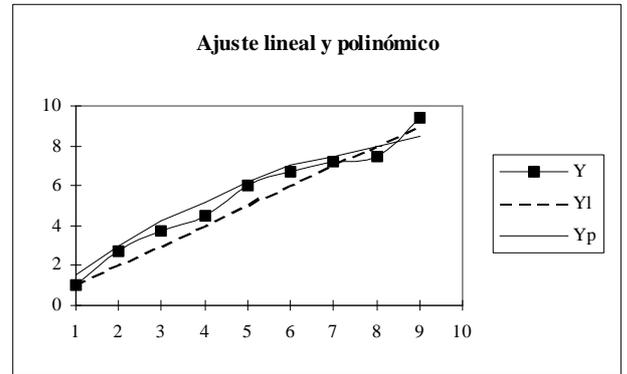
$$\sum (y - Y)^2 = \sum (y - a - bx - cx^2 - dx^3 - \dots)^2$$

La aplicación del cálculo diferencial proporciona las ecuaciones que nos darán los valores de a, b, c, d, ...

Evidentemente podemos dudar, por ejemplo, para la representación de un mismo fenómeno cual tiene mayor precisión, si la representación mediante una recta o parábola. Para comprobarlo se calcula el error típico de la estima (e) para la recta y la parábola, siendo la de mayor precisión, la de menor error típico de la estima.

$$e = \sqrt{\frac{\sum D^2}{n}} ; (D = y - y')$$

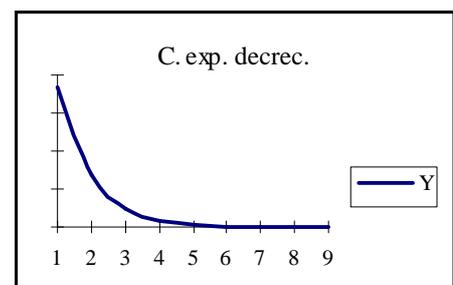
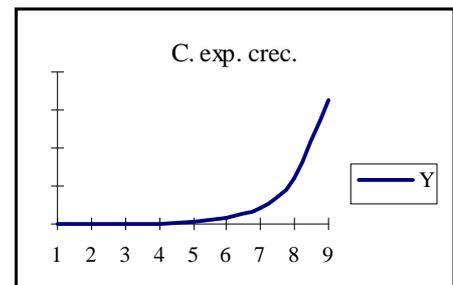
Supongamos que tenemos una serie (Y) y hemos efectuado el ajuste por mínimos cuadrados a la ecuación de la recta (Yl) y a la ecuación de la parábola (Yp), siendo las representaciones gráficas:

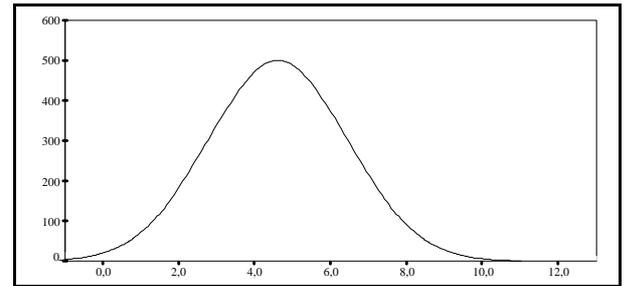
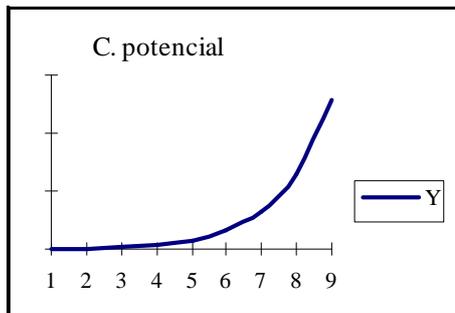
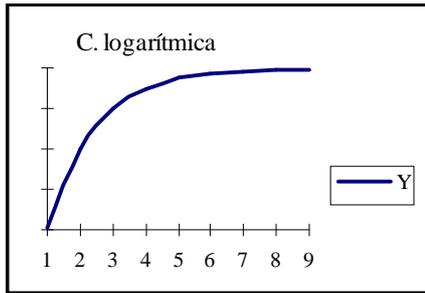


En este caso se observa a simple vista que la parábola (Yp) se ajusta mucho mejor que la recta (Yl), si hallásemos el error típico de la estima observaríamos que en el caso de la recta es de 4.92 y en el caso de la parábola es de 1.97, por lo que la precisión de la parábola (en este caso) es mucho mayor.

En el caso de regresiones no lineales, las formas más habituales de curvas son las siguientes:

- Curva exponencial creciente ($y = a * e^{bx}$)
- Curva exp. decreciente ($y = a * e^{-bx}$)
- Curva logarítmica ($y = a + b * L_n x$)
- Curva potencial ($y = a * x^b$)





Hay técnicas que permiten comprobar la bondad del ajuste lineal y examinar la validez de la suposición de la variabilidad equivalente alrededor de una línea, las más utilizadas son la denominada prueba de Bartlett de la homogeneidad de las varianzas y las pruebas de análisis de las varianzas (ANOVA), otra técnica es el análisis de residuos (se basa en las diferencias $y-Y$).

Como en los casos anteriores se puede aplicar el método de los mínimos cuadrados para el cálculo de los coeficientes de la ecuación de la curva.

Como se puede comprobar el cálculo de los coeficientes no es fácil de calcular ya que implican un volumen considerable de cálculos, por lo que hoy en día se recurre a la estadística automatizada, es decir, a programas informáticos que realizan el ajuste que mayor precisión corresponda a cada caso.

Y para finalizar este tema no podemos olvidar el ajuste de curvas del tipo campana (curvas epidémicas), la ecuación de dicha curva es: $y = a * e^{-b(x-c)^2}$

Esta fórmula se simplifica mediante la aplicación de logaritmos neperianos, quedando un sistema de 3 ecuaciones:

$$A = L_n a - bc^2$$

$$B = 2bc$$

$$C = -b$$

Hay que recordar que "a" representa la altura máxima de la curva, "c" el punto X donde Y es máximo y "b" es lo que determina el ancho de la curva.

Hoy en día para realizar estos cálculos se utilizan programas informáticos (paquetes estadísticos), que automáticamente realizan todos los cálculos e incluso lo grafican. Hay que señalar que para hacer predicciones se deberán hacer siempre mediante intervalos de confianza a (con un nivel $> 90\%$).

No olvidar que :

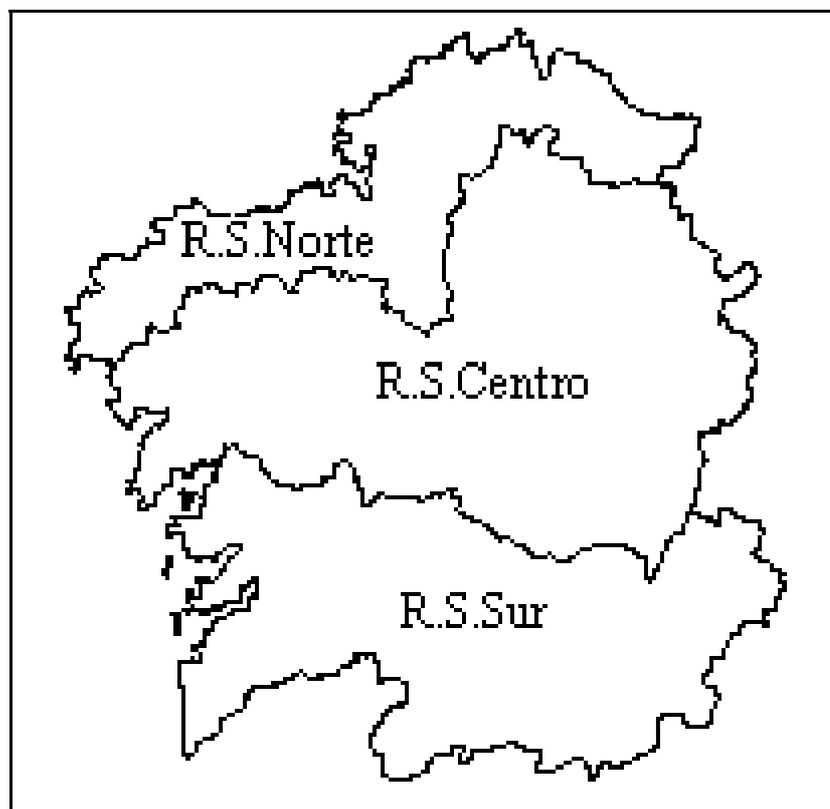
"Los métodos estadísticos no son un sustituto del sentido común y objetividad" (Pocock)

Bibliografía:

- Carrasco J.L. "El método estadístico en la investigación médica". Ed. Ciencia 3 SA 4ª edición . Madrid, 1989
- Colton T. "Estadística en medicina". Ed. Salvat . Barcelona, 1990
- Doménech Massons J.M. "Métodos estadísticos en Ciencias de la Salud. Regresión y correlación". Ed. Gráficas Signo. Barcelona, 1990
- IBM: Application System. Statistics and forecasting. U.K. 1989
- Maddala G. "Econometría" Ed. Mc Graw Hill 1985.
- Trigo de Aizpuru M.A. "La previsión de futuro en la empresa". Instituto de la pequeña y mediana empresa. Ministerio de Industria y Energía. Madrid, 1987.

POSIBLE MAPA SANITARIO DE GALICIA (I)

REGIONES SANITARIAS



Región Sanitaria Norte: Cubriría 797.376 Habitantes.

Región Sanitaria Centro: Cubriría 764.639 Habitantes.

Región Sanitaria Sur: Cubriría 1.156.301 Habitantes.

Cada Región Sanitaria tendría un Hospital de referencia de máxima categoría (con todas las especialidades y superespecialidades), su máximo responsable tendría el cargo de Gerente de Región Sanitaria, dependiente del Director Xeral de Asistencia Sanitaria, dependiente a su vez del Presidente do Consello de Administración Sanitaria del SERGAS (Conselleiro de Sanidade e Servicos Sociais).

Sus funciones serían: Coordinación de la Atención Primaria y Especializada de las Áreas Sanitarias adscritas a dicha Región Sanitaria, coordinación de las Áreas sanitarias entre sí y la supervisión de l funcionamiento de las Áreas.