

APUNTES DE SALUD PÚBLICA

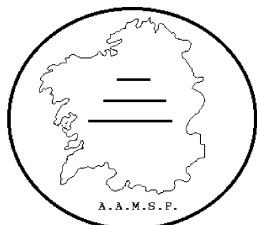
Nº 6

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Julio

95



ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA

EDITORIAL

UN LOGRO MÁS

Después de tres años de andadura, en los que la Asociación de Alumnos y Máster en Salud Pública de Galicia, ha venido desarrollando distintas actividades, entre las que destacaríamos la edición de esta Revista, las Cenas-Coloquio de Salud Pública y la participación en debates tanto en nuestra Comunidad como fuera de ella, nos satisface haber conseguido un nuevo logro como es la constitución de una Federación Estatal, en la que estaremos representados.

La presentación pública tendrá lugar en el próximo mes de septiembre, con motivo de la VII Escola d'Estiu, de Salut Pública, que se celebrará en Lazareto de Mahón y estará integrada por las siguientes Asociaciones:

- HIPATIA, Asociación de Alumnos de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Asociación de Alumnos del Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP).
- AMASPUB, Asociación de Máster y Alumnos de Salud Pública de la Universidad de Barcelona.
- ÁGORA, Asociación de Alumnos del Centro Universitario de Salud Pública de Madrid.
- Asociación de Master y Alumnos de Salud Pública de la Universidad del País Vasco.
- AAMSP, Asociación de Alumnos y Master en Salud Pública de Galicia.

Estas Asociaciones, con las que nos federamos, gozan de un reconocido prestigio por la labor que vienen desarrollando en defensa y promoción de la Salud Pública, que se traduce en Foros de Debate, Jornadas, Publicaciones, participación en el desarrollo de Programas Sanitarios, etc en estrecha colaboración con las instituciones sanitarias de sus respectivas Comunidades Autónomas.

SUMARIO

<i>EDITORIAL</i>	pág. 1
<i>TRISOMÍA DEL PAR 21: ETIOLOGÍA GENÉTICA</i>	pág. 3
<i>REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS</i>	pág. 9
<i>AMENAZA A LA SALUD PÚBLICA</i>	pág. 13
<i>ESTUDIO DE LA NATALIDAD EN SANTIAGO (II)</i>	pág. 15
<i>EVENTOS UNIVERSITARIOS: EIS, TARJETA</i>	pág. 18
<i>INTERNET Y SALUD PÚBLICA</i>	pág. 19
<i>CURSOS/CONGRESOS</i>	pág. 22
<i>FORMACIÓN CONTINUADA</i>	pág. 23
<i>CALENDARIO VACUNAL GALLEGO SERGAS-95</i>	pág. 27

Entre los distintos fines de esta Federación hay que destacar:

- A.- Promoción del desarrollo de la Salud Pública y la Administración Sanitaria.
- B.- Representar a las Asociaciones de la Federación y servir de interlocutores ante Organismos e Instituciones en temas de Salud.
- C.- Contribuir a la docencia, investigación y difusión de la Salud Pública.
- D.- Contribuir y velar por la calidad de la formación en Salud Pública y Administración Sanitaria.
- E.- Colaborar con las Escuelas, Institutos y demás instituciones públicas o privadas, que desarrollen actividades de investigación, promoción o docencia en cualquiera de los campos de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Cuando se percibe de que los grupos profesionales de cada Comunidad Autónoma, tienden a un enfoque local de sus actividades, creemos que es de gran transcendencia que se ha ya conseguido aunar los intereses y proyectos de distintas Asociaciones en una Federación Estatal, para posteriormente integrarse en la Federación Europea, lo que va a permitir un mayor desarrollo, difusión y conocimiento de la Salud Pública.

Nos sentimos muy orgullosos de haber contribuido de una forma activa, trabajando codo con codo con las otras Asociaciones en la constitución de esta Federación, a pesar de gran esfuerzo personal que nos ha supuesto, ya que consideramos que Galicia no podía quedarse fuera de un acontecimiento de esta importancia. Nos alegra haberlo conseguido y además que la AAMSP de Galicia forme parte de la Ejecutiva de dicha Federación.

No podemos dejar pasar esta oportunidad sin dejar constancia de nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que nos ha apoyado y facilitado la consecución de este logro, en especial a D. Vicente Ortún, por su desinteresada colaboración, a los profesores Domínguez Carmona y Gestal Otero, por el entusiasmo que nos han transmitido y finalmente a las instituciones sanitarias que han facilitado las reuniones de trabajo en sus Comunidades (Valencia, Andalucía y Comunidad Balear).

*

APUNTES DE SALUD PÚBLICA[®]
ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.
Julio 1995 N° 6

DIRECTOR: JUAN RAMÓN GARCÍA CEPEDA.
COMITE DE REDACCIÓN:
MONTserrat GARCÍA SIXTO.
LEOPOLDO GARCÍA MÉNDEZ.
SANTIAGO VÁZQUEZ ARGIBAY.
COMITE ASESOR:
CARLOS FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.
ADOLFO FIGUEIRAS GUZMÁN.

EDITA: A.A.M.S.P.
Aptdo. Correos nº 139 -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.

TRANSLOCACIONES BALANCEADAS COMO ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE DOWN

García Blanco, M^a Jesús; Fernández Bouzas, Rosa M^a; Varela Román, M^a Luz; Justo Vicente, M^a Elena; Ansele Martínez, Alicia.

INTRODUCCIÓN:

La trisomía 21 o síndrome de Down, es una de las malformaciones congénitas más definidas y mejor conocidas en el ser humano.

La incidencia del síndrome de Down entre recién nacidos vivos es del orden de 1 de cada 600. Ahora bien, esta incidencia varía con la edad materna: así en mujeres menores de 25 años el riesgo de tener un hijo afectado por este síndrome es solo de 1 de cada 2000, no variando significativamente hasta los 35 años, a partir de los cuales aumenta a 1 de cada 100, llegando a ser de 1 de cada 50 en mujeres mayores de 40 años.

La etiopatogenia de este síndrome, en los casos de trisomía primaria tiene su origen en un fenómeno de "no-disyunción" que ocurre en la meiosis de la madre, debido a un envejecimiento de los óvulos o a una fertilización tardía después de la ovulación, o bien que de alguna manera disminuye el rechazo a embriones trisómicos al aumentar la edad de la madre. Sin embargo, el cromosoma 21 extra no tiene origen materno en todos los casos.

De hecho, las técnicas de bandeado han revelado que en un 25% de los casos el origen es paterno, y que de una forma bastante independiente del fuerte efecto de la edad materna, la edad del padre incide, de forma suave pero significativa, en el síndrome de Down.

ANOMALÍAS ESTRUCTURALES

Aunque la mayoría de los niños con síndrome de Down tiene 47 cromosomas, debido a la trisomía del cromosoma 21 (*Trisomía 21 Primaria*); un pequeño porcentaje, entre el 4-5% tienen un número normal de cromosomas (*Trisomía 21 Secundaria por translocación Imbalanceada*).

La importancia de realizar un estudio cromosómico en un niño con síndrome de Down, está no sólo en confirmar el diagnóstico clínico, sino en identificar a aquellos niños con translocación; esta translocación es heredada de uno de los padres en aproximadamente la mitad de los casos, siendo éstos portadores de la misma de forma equilibrada, y por lo tanto asintomáticos; mientras que la otra mitad se da directamente en el niño. En los casos de translocación "de novo" el riesgo de recurrencia es muy bajo inferior al 1%.

Es en la translocación heredada en la que nos centraremos, explicando el mecanismo de acción, los métodos utilizados para su estudio, el consejo genético y la prevención.

Comenzaremos diciendo que entendemos por translocación:

Un intercambio de fragmentos, sea dentro de un mismo cromosoma o entre cromosomas distintos (translocaciones recíprocas), de forma terminal o intercalar.

Las fusiones céntricas o *translocaciones Robertsonianas* consisten en la reunión de dos cromosomas acrocéntricos (13,14,15,21 ó 22), previa ruptura a nivel de los brazos cortos del centrómero o de la región proximal de los brazos largos. Estos dos tipos son las aberraciones cromosómicas heredadas más frecuentes en el humano y pueden ser heredadas sin cambios a lo largo de muchas generaciones. Parece que la prevalencia es 0,19% en recién nacidos vivos.

En los individuos heterocigóticos portadores de una translocación con el complemento cromosómico equilibrado, el interés citogenético reside en el comportamiento de estos cromosomas durante la meiosis, ya que tales individuos son capaces de transmitir este cromosoma alterado a la descendencia, ya sea de forma equilibrada o desequilibrada, dependiendo del tipo de segregación en la meiosis, dando lugar en este último caso al síndrome de Down.

Tipos de translocaciones implicados en la aparición del SÍNDROME DE DOWN

Dependiendo de los cromosomas implicados en la translocación, nos encontraremos con una mayor o menor tendencia a la aparición de abortos espontáneos o de patologías viables. Así sabemos que cuando los cromosomas implicados en translocaciones imbalanceadas son en el 9, 21 y 22, se observan más frecuentemente patologías, apareciendo lo que se denomina "*Tolerancia selectiva*", mientras que otros cromosomas se relacionan más con abortos.

Relataremos a continuación algunos ejemplos de nuestra propia experiencia, en el servicio de Genética Médica.

TRANSLOCACIÓN 21/13

Realizamos un estudio cromosómico de un varón de 4 meses que viene a nuestro servicio por sospecha de Down. El resultado del cariotipo es una trisomía 21 por translocación con un cromosoma 13.

FÓRMULA CROMOSOMICA: **46,XY,t(13q;21q)**

Se realiza un estudio posterior de los padres del citado varón para descartar una translocación "de novo"; el resultado del estudio en los padres nos da un cariotipo normal en el padre 46,XY; presentando la madre una translocación balanceada 13/21 siendo por tanto la portadora. Se estudia asimismo al otro hijo de la pareja que resulta ser también portador de la translocación.

Una vez que conocemos quien es el portador, ampliamos el estudio al resto de la familia. El único hermano de la madre es igualmente portador de la translocación balanceada, no teniendo actualmente descendencia; se le da consejo genético.

Translocación balanceada (portador):

45,XX,t(21p11::13p11)

Translocación Imbalanceada (patológico):

46,XY,t(21p11::13p11)

TRANSLOCACIÓN 21/14

Se nos remite para estudio una niña de 8 días de edad; el resultado del cariotipo es un síndrome de Down por translocación imbalanceada 21/14.

Una vez obtenido este resultado se estudia a los padres; el cariotipo de la madre resulta ser normal, y es en este caso el padre el portador de la translocación balanceada.

FORMULA CROMOSÓMICA: **45,XY,t(21/14)**.

Ampliamos el estudio al resto de los hijos de la pareja; dos de los cuales, un varón y una hembra presentan la misma translocación balanceada (portadores), mientras que en el otro hijo el cariotipo es normal.

Translocación Balanceada:

45,XY,t(21qter->21cen::14p11->14qter)

Translocación Imbalanceada:

46,XX,t(21qter->21cen::14p11->14qter)

TRANSLOCACIÓN 21/22

En este caso el motivo de la consulta es la ocurrencia de abortos de repetición.

Al efectuar la historia clínica observamos una historia de abortos tempranos, en las semanas 11 y 12 de la gestación; observándose que ya la madre de la paciente tuvo tres abortos.

Realizamos el estudio cromosómico de la pareja y obtenemos un cariotipo normal en el varón, mientras que la mujer resulta ser portadora de una translocación 21/22.

Estudiamos a todos los hermanos de la mujer, así como a sus padres y a la generación anterior, dándonos como resultado el siguiente:

De los seis hermanos de aquella, 4 resultaron ser portadores de la translocación y en 2 el cariotipo es normal.

En los padres de la "probandus" el padre dio 46,XY y la madre resulta ser la portadora (es decir, la translocación de nuestra paciente la heredó de su madre). Estudiamos a los abuelos maternos de la "probandus", dándonos como resultado que es el abuelo el portador de la translocación.

Ampliamos entonces el estudio a los hermanos todavía vivos de este varón y obtenemos que una hermana del mismo también es portadora de la translocación, por lo que decidimos estudiar a continuación en sentido descendente a los hijos y nietos de la misma siendo el resultado que de los cinco hijos que tuvo, tres son normales y dos presentan la translocación; como ambos están casados estudiamos a sus hijos. Una de ellas tiene 4 hijos, de los cuales uno es sano, dos portadores de la translocación balanceada, y otro padece síndrome de Down, por translocación imbalanceada.

La otra hermana relata tres hijos, uno de los cuales le falleció en el parto; otro en el primer mes de vida, y el tercero presenta síndrome de Down por translocación imbalanceada 21/22.

Translocación balanceada:

45,XX,t(21qter->cen::22p11->22qter)

Translocación Imbalanceada:
46,XY,t(21qter->cen::22p11>22qter)

ÁRBOL GENEALÓGICO

CONSEJO GENÉTICO

Una vez obtenida la confirmación del diagnóstico clínico por técnicas citogenéticas, tenemos que dar al probandus una idea clara de las consecuencias que tiene para su descendencia el ser portador de una translocación. Así como indicar el riesgo de recurrencia de la misma, explicando las implicaciones genéticas y perfilando las opciones reproductivas de la pareja.

Todo ello lo haremos a través del consejo genético. Este debe intentar ser *no directivo* evitando que los propios sentimientos u opiniones influyan en la presentación de los hechos. Siempre procurando proporcionar una presentación equilibrada que permita a la pareja tomar su propia decisión.

Debe recalcar que la decisión sobre si aceptan o no los riesgos de un embarazo, y sobre los exámenes que se realizarán durante el mismo, si existieran, es exclusiva de la pareja.

RIESGO DE RECURRENCIA (probabilidad de estar afectado)

Alrededor de un 10% de los mongólicos nacidos de madres menores de 30 años y tan sólo un 1% de los de madres mayores de 30 años son trisómicos por translocación; para el primer grupo las translocaciones son en un 50% del tipo D/21 y en un 50% del G/21, y de las D/21 la mitad son heredadas y la otra mitad son esporádicas.

Si se descubre que la madre es la portadora de la translocación (heterocigoto equilibrado) del tipo D/21, las posibilidades de tener nuevos hijos mongólicos serán de un 10%, pero si es el padre el portador equilibrado del intercambio, el riesgo es menor, tan solo un 2%.

Sin embargo, un padre portador tiene una probabilidad de 3 a 2, o sea, un 60% de posibilidades de producir un individuo portador fenotípicamente normal y un 40% de tener hijos cromosómicamente normales.

Translocación G/G: En la translocación 21/22 el riesgo es similar al de la translocación D/G, observándose también diferencias si el portador es el varón o la mujer. Una mujer portadora tendrá un riesgo del 9% aproximadamente de tener un nuevo hijo afectado; en el caso del padre sobre un 5%.

En la translocación 21/21 el riesgo es muy alto, el 100% de todos los hijos presentarán el síndrome de Down, ya que la otra posibilidad de reproducción, la "monosomía 21" es inviable (genéticamente letal).

PREVENCIÓN

En el caso del síndrome de Down como consecuencia de una translocación; la prevención ideal sería la realización de estudios cromosómicos a todas aquellas parejas que deseen tener descendencia; no siendo la contracepción el único camino abierto a los padres que poseen riesgos de tener un hijo afectado.

Otra posibilidad es el diagnóstico prenatal, que consiste en la capacidad de detectar anomalías en el feto. Existiendo diversas técnicas en la actualidad para la realización del mismo, siendo la *amniocentesis* la idónea para este caso .

BIBLIOGRAFÍA

ALAN R. LIS **The Citogenetics of mammalian autosomal rearrangements**, 1.988.

PETER S. HARPER, **Practical genetic counselling**, 1.988.

ALAN E.H. EMERY, ROBERT F. MUELLER, **Principios de Genética Médica**, 1.992.

JAMES J. NORA, F. CLARKE FRASER, **Medical Genetics, Principles and Practice**, 1.989.

BLOUIN JL; BINKERT F; ANTONARAKIS SE, **Biparental inheritance of chromosome 21 polymorphic markers indicates that some Robertsonian translocations t(21;21) occur postzygotically**. Am. J. Med. Genet. 1.994, Feb 1. 49(3) P 363-8.

SHAFFER LG; McCASKILL C; HALLER V; BROWN JA; JACKSON-COOK CK, **Further characterization of 19 cases of rea (21q21q) and delineation as isochromosomes or Robertsonian translocations in Down syndrome**, Am. J. Med. Genet. 1.993, Dec. 1. 47(8). P 1218-22.

LAKSHMINARAYANA P, **Translocation Down's syndrome**, Indian J. Pediatr. 1.990, Mar-Apr. 57(2). P 265-71.

SACHS ES; JAHODA MG; LOS FJ; PIJERS L; WLADIMIROFF JW, **Trisomi 21 mosaicism in gonads with unexpectedly high recurrence risks**, Am. J. Med. Genet. Suppl. 1.990. 7P 186-8.

BOURROUILLOU G; COLOMBIES P, **Trisomy 21 caused by 21/21 tandem translocation in the descendant of a mother with (13,14) robertsonian translocation (letter)**, Presse Med. 1.,984, Nov 10. 13(40) P 2.456.

KORENBERG JR; CHEN XN; SCHIPPER R; SUN Z., **Down syndrome phenotypes: The consequences of chromosomal imbalance**. Proc Natl Acad Sci U S A. 1.994, 91(23), P 11281.

VYAS S, **Screening for Down's syndrome**, Br Med J. 27-Sep-1.994, 309(6957). P 753.

SHERMAN SL; PETERSEN MB; FREEMAN SB; HERSEY J; PETTAY D; TAFT L; FRANTZEN M; MIKKELSEN M; HASSOLD TJ, **Non-disjunction of chromosome 21 in maternal meiosis I: evidence for a maternal age-dependent mechanism involving reduced recombination**. Hum Mol Genet. 1.994, Sep. 3(9). P 1529-35.

Equipo de trabajo de la Sección de Genética Médica del HGG-Fac. de Medicina



Diplomatura de Postgrado

Diseño y Estadística

para la investigación en Ciencias de la Salud

**Laboratori d'Estadística Aplicada
Universitat Autònoma de Barcelona
Apartado, 40 - 08193 Bellaterra
Tel: (93) 581 16 32 (9 a 15 h)**

ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

INTRODUCCIÓN

Se ha señalado, y con razón, que no existe medicamento desprovisto de toxicidad y que sólo los médicos y odontólogos farmacológicamente ingenuos creen que un medicamento es tan inocuo como el agua (si es que el agua lo es: piénsese en su efecto en determinadas formas de insuficiencia renal). No es de extrañar, pues, que la aparición de reacciones adversas a medicamentos sea un hecho relativamente frecuente. Pero como muchas otras ocasiones, fue necesario que ocurriese una tragedia de magnitudes muy importantes para que se despertase el interés por un aspecto de tanta relevancia como el de la seguridad de los medicamentos.

LA TRAGEDIA DE LA TALIDOMIDA

A mediados de los años 50 se comercializa en Europa y Australia una molécula con una potencia hipnótica similar a los barbitúricos pero que, sin embargo, presentaba una toxicidad aguda mucho más baja (quizás no sea necesario recordar que en aquellos momentos todavía no se había comercializado las benzodiazepinas). Esta molécula era recomendada como el tratamiento de elección para pacientes en los que la toxicidad aguda de los barbitúricos podía ser peligrosa como en las mujeres embarazadas.

En Estados Unidos la normativa de registros de medicamentos era por aquella época más estricto que en el resto del mundo (debido al anterior desastre de las sulfamidas), y la *Food and Drug Administration* (FDA) no aprobó su comercialización debido a la aparición de neuritis periférica en algunos animales de experimentación.

Entre 1960 y 1962 aparece una epidemia de una malformación congénita que tenía hasta entonces una frecuencia extraordinariamente baja: menor de 1 por millón de nacimientos. Hasta finales de 1961 no se sospechaba cual podía ser el agente responsable de la epidemia de malformaciones. El primer apunte sobre el posible agente causal fue publicado el 16 de diciembre de 1961 en la prestigiosa revista médica inglesa *THE LANCET*, bajo la forma de una concisa carta al director escrita por un médico Australiano llamado W. G. McBride¹.

En ella sugiere la relación entre el consumo de talidomida y la aparición de malformaciones congénitas. El autor se basaba en que la incidencia de malformaciones congénitas es aproximadamente del 1.5%, mientras que el observó que la incidencia en hijos de madres que han consumido talidomida bajo la forma farmacéutica de *DISTABAL*[®] era del 20%.

El autor describe el tipo de malformaciones que ha encontrado, y concluye la carta preguntando si alguno de los lectores de la revista ha observado malformaciones congénitas en hijos de madres que consumieron talidomida durante el embarazo.

A esta pregunta le contesta W. Lenz², pediatra alemán, en el siguiente número de la misma revista, en la que informa que ha visto 52 malformaciones en hijos de madres que durante el embarazo tomaron *CONTERGAN*[®]. Lenz describe en su carta el tipo de malformaciones de los niños afectados: defectos en las extremidades, ausencia de estas (amelia), focomelia o con una longitud muy corta. También realiza una estimación del número de niños "contergan" que habrán nacido en Alemania.

Como complemento a estas y muchas más notificaciones que les siguieron, se realizó en Alemania el que sea, posiblemente, el primer estudio de casos y controles en farmacoepidemiología: se compararon las exposiciones a talidomida de 50 madres de niños afectados con las exposiciones de 300 madres de niños sin esta malformación. Los resultados del estudio se pueden ver en la tabla de 2x2 siguiente:

	CASOS	CONTROLES
EXPUESTOS	50	1
NO EXPUESTOS	0	300
TOTAL	50	301

A pesar de las claras diferencias de exposición a la talidomida reveladas en uno y otro grupo, la comparación no se realizó de forma simétrica, ya que la recogida de datos fue distinta en casos y en controles: para los casos, cuando la madre decía no haber tomado el medicamento, se ponían en marcha diversos mecanismos (visitas al médico, al farmacéutico o a familiares, segunda entrevista con la madre, etc.) hasta que reconocía haberlo tomado. Las madres que se utilizaron como controles fueron entrevistadas en otros centros y, presumiblemente, con otra técnica³.

La talidomida se retiró del mercado en 1962, después de haber dejado más de 4.000 casos en todo el mundo, de los que aproximadamente el 15% había fallecido. Aunque con anterioridad ya se había descrito la teratogenicidad de ciertos antineoplásicos como la mustina y la aminopterina (1950) y también a consecuencia de la intoxicación por metilmercurio en la bahía de Minamata (1961), el impacto sobre la opinión pública del desastre de la talidomida fue mucho mayor; este hecho se puede atribuir al tipo de trastornos, simpatía por las víctimas, la repercusión sobre los medios de comunicación, etc.

La opinión pública se preguntó entonces sobre la supuesta seguridad de los medicamentos y presionó a la comunidad científica y a los gobiernos para que garantizase que hechos como este no se volviesen a producir.

EL ORIGEN DE LA FARMACOVIGILANCIA

La sociedad médica tenía el deber de que estos acontecimientos no se repitiesen en el futuro y a raíz de esto se tomaron varias medidas: (1) Someter a los medicamentos a pruebas de teratogenicidad más exhaustivas en animales de distintas familias: roedores, cánidos, primates,... (2) Poner en marcha un sistema de nacionales para la notificación espontánea y la monitorización de RAM para detectar precozmente epidemias de reacciones adversas. Así surge la FARMACOVIGILANCIA bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1962 estableció en una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, la creación de un programa para la promoción de la seguridad y eficacia de los medicamentos⁴. Bajo estas directrices, entre 1962 y 1965, empezaron a surgir los primeros sistemas de notificación voluntaria en Australia, Italia, Holanda, Nueva Zelanda, Suecia, Reino Unido, Estados Unidos y la República Federal Alemana⁵.

En 1968 la OMS inició un proyecto piloto de recogida de notificaciones sobre reacciones adversas en diez países⁶. La evaluación de este sistema llevó a la conclusión de establecer un sistema de notificación permanente. En 1978 el gobierno Sueco se ofreció como responsable del desarrollo y coordinación del programa internacional de notificación voluntaria, restableciendo su sede definitiva en Upsala⁷.

En la actualidad el sistema está implantado en 33 países y se ha recogido alrededor de un millón de notificaciones de efectos indeseables.

En España un Real Decreto del año 1975 obligaba a los médicos a notificar RAM a las Delegaciones de Sanidad. Después de 10 años el total de notificaciones fue de 35. El comentario de las autoridades sanitarias españolas, en vistas a esta cifra, era que no había ningún problema con las RAM, pero esta bajo número de notificaciones no se podía atribuir a la seguridad de los medicamentos, sino a una indudable infranotificación. Parecía necesario, pues, que en España también se adoptara el sistema de notificación voluntaria de RAM ya impuesto en otros países europeos. Así, en 1982 se inició un programa piloto en la división de Farmacología Clínica de la Universidad Autónoma de Barcelona. A lo largo de 1985, y en vista de los positivos resultados de la experiencia de Cataluña, se incorporaron al programa las comunidades autónomas de Cantabria y Navarra, dentro ya de un proyecto de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad⁸.

En 1990 se firma un convenio entre la Xunta de Galicia y el Ministerio de Sanidad y Consumo para la incorporación de Galicia al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, y en Septiembre de 1990 se envían a todos los médicos colegiados gallegos el primer boletín amarillo y la primera tarjeta amarilla. En la actualidad todas las comunidades, excepto Asturias y Baleares que todavía no se han incorporado al sistema, participan en el programa de Notificación Voluntaria de RA a medicamentos.

Por tanto, fueron necesarios casi 30 años para que se pusieran en práctica en Galicia las recomendaciones de la OMS en materia de vigilancia epidemiológica de reacciones adversas a medicamentos. En su corto bagaje, el centro regional de farmacovigilancia a contribuido con importantes notificaciones al Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Este es el caso de la hepatotoxicidad por cincofeno que terminó con la retirada inmediata del medicamento⁹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- McBride WG. Thalidomide and congenital abnormalities. Lancet 1961; 4:1358.
- 2.- Lenz W. Thalidomide and congenital abnormalities. Lancet 1962; 1: 45.
- 3.- Shapiro S, Kaufman D, Laporte JR. La estrategia de casos y controles en farmacovigilancia. En: Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ed. Barcelona: Salvat, 1993.
- 4.- WHA resolution 15,41. Official Record. World Health Organization, 118, 18, 1962.
- 5.- Wiholm BE, Olson S. Spontaneous reporting systems outside The United States. En: Strom L, ed. Pharmacoepidemiology. New York: Churchill Livingstone 1989: 119.
- 6.- WHA resolution 23,13. Official Record. World Health Organization, 1984, 7, 1970.
- 7.- Laporte JR, Sistema de notificación voluntaria de reacciones adversas. En: Laporte JR, Tognoni, editores. Principios de epidemiología del medicamento. Barcelona: Salvat, 1983: 160.
- 8.- Laporte JR, Capellá D. El desarrollo de la farmacovigilancia en España. Inf Ter Segur soc 1985; 7(9): 135.
- 9.- Tato F, Martí M, Figueiras A. Un caso de farmacovigilancia. Farmacoterapia: Farmacología Clínica y terapéutica 1994.

Autor: Dr. Farmacéutico Adolfo Figueiras Guzmán



ÚLTIMA HORA

Ha sido cesado como máximo responsable de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela el Dr. Jesús Vereza siendo sustituido por el Dr. Manuel Domínguez Sardiña.

Desde esta Revista nos gustaría hacer constar nuestro agradecimiento al Dr Vereza, que en todo momento, pese a diferencias de criterio en determinados aspectos, se ha mostrado dispuesto a colaborar con nosotros en todas las actividades que hemos organizado, colaboración que estamos seguros continuará, desde su nuevo destino profesional.



LIBROS

-- Estudios de Calidad de los Servicios Sanitarios Públicos en la Comunidad de Madrid.

Edita: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

En este libro editado por las autoridades sanitarias de la Comunidad Madrileña, se expone una serie de indicadores sanitarios que valoran la calidad, entre los que destaca: la accesibilidad, la eficiencia y la calidad científico-técnica. Se basa en una serie de encuestas a los usuarios de los hospitales más representativos de Madrid.



Novedades bibliográficas Díaz de Santos:

-- GUÍA FARMACOLÓGICA EN PSIQUIATRÍA, de Santiago López Galán, 2ª edición, Editorial Díaz de Santos (libro de bolsillo).

Constituye una guía de farmacología psiquiátrica de fácil manejo sobre psicofármacos comercializados en España y algunos extranjeros. Hace una clasificación por nombres comerciales, principios activos, grupos terapéuticos y patologías.

-- TOXICOLOGÍA AVANZADA, de M. Repetto, Editorial Díaz de Santos.

En este libro destacaríamos los temas referentes a Metodología de la investigación toxicológica, Garantía de calidad y buenas prácticas de laboratorio, fundamentos de la ecotoxicología y estado actual de la toxicología alimentaria.

librería científico-técnica
DÍAZ DE SANTOS, S. A.
Rosalia de Castro, 36 • 15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléf. (981) 59 03 00 • Fax (981) 59 03 70

Aquí podrás atopar os libros de texto nestas e outras titulacións

FARMACIA
MEDICINA E ODONTOLOXÍA
BIOLOXÍA
QUÍMICA
BIBLIOTECONOMÍA E DOCUMENTACIÓN
FÍSICA
DEREITO
ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS
VETERINARIA
INFORMÁTICA
MATEMÁTICAS

Somos especialistas en libros científico-técnicos e dictionarios

AMENAZA A LA SALUD PÚBLICA

Juan Ramón García Cepeda

En su larga lucha contra la enfermedad la humanidad ha conseguido, a finales del siglo pasado y principios de este, importantes éxitos contra las denominadas enfermedades contagiosas y parecía que nada se interpondría a la victoria final, sin embargo mientras que algunas de estas entidades morbosas casi desaparecían y otras disminuían, surgían nuevas entidades y otras que se consideraban bajo control se volvían más virulentas y frecuentes.

Recientemente en su discurso como nuevo Académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia, el profesor Gestal Otero, incidía sobre la importancia de las denominadas enfermedades infecciosas emergentes, término acuñado por el Instituto de Medicina de los EEUU, que las define como aquellas enfermedades de origen infeccioso cuya incidencia en humanos aumentó en las pasadas 2 décadas o amenaza con aumentar en el futuro.

Si releemos la abundante bibliografía de la última década referente a este tipo de enfermedades, observamos como enfermedades que hoy en día están plenamente asumidas son en realidad relativamente recientes (enfermedad del legionario, enfermedad de Lyme, el SIDA, etc..).

Recientemente los medios de comunicación alertaban a la opinión pública sobre la importancia que están cobrando estas enfermedades contagiosas, así asistíamos a una superproducción cinematográfica sobre una hipotética epidemia en EE.UU. y leíamos en la prensa abundante información de determinados brotes epidémicos, entre los que destaca:

-- FIEBRE HEMORRÁGICA VIRAL:

En el 2º trimestre de 1995 la CDC (Center for Disease control and Prevention) y la OMS, investigan en el Zaire una epidemia de Fiebre Hemorrágica Viral (FHV) producida por el virus Ébola, virus ARN de la familia de los filovirus, identificando 2 subtipos: el Sudán y el Zaire (más virulento).

El virus que ya había originado en los años 70 una pequeña epidemia, ha resurgido con una mayor virulencia, matando a 9 de cada 10 personas infectadas, teniendo un período de incubación de 4-16 días, mientras se replica en hígado, bazo, linfáticos y pulmones, provocando una necrosis hemorrágica de los órganos afectados, principalmente del hígado y luego generalizada que lleva a la muerte del paciente. Clínicamente se caracteriza por la aparición de fiebre, dolor de cabeza y mialgias, posteriormente aparece un fuerte dolor abdominal, vómitos y diarreas, pudiendo finalizar con la sintomatología típica de coagulación intravascular diseminada (CID).

No se dispone en la actualidad de un tratamiento eficaz contra esta enfermedad, su reservorio natural es desconocido, la forma de contagio es a través de sangre y fluidos de personas enfermas no pudiendo negar que se pueda transmitir por vía aérea.

Conscientes del peligro, la CDC y el Departamento de Estado de los EE.UU. aplicaba unos estrictos controles sanitarios a todas las personas y mercancías que procedentes del Zaire entraba en los EE.UU.

Desde que se iniciaron las investigaciones, 7 miembros de CDC y OMS han muerto debido a esta enfermedad.

-- Difteria:

Durante el segundo trimestre de 1995, el Dr. Jo Asvall (director regional para Europa de la OMS), Richard Reid (director regional para Europa de la UNICEF) y miembros de la Federación Internacional de la Cruz Roja (FICR), alertaban a la opinión pública sobre la epidemia de difteria que sufren los países de la ex-URSS, diciendo que supone "la amenaza sanitaria más grave para Europa".

El brote epidémico surgió en 1990, afectando a niños y adultos, en 1994 se registraron 47.802 casos, siendo mortales 1.742, estimándose por la OMS que para 1995 se espera que los casos se multipliquen por 4, pudiéndose convertir en una pandemia que azote Europa.

Los expertos recomendaron a los países de Europa occidental que pongan en marcha campañas de vacunación y revacunación, estiman que cada vacuna cuesta 26 ptas., el tratamiento de cada enfermo supone 100.000 ptas., y que actualmente entre un 20-60% de la población de Europa occidental no está protegida, debido a un debilitamiento de la inmunidad o por falta de vacunación.

Ya se han registrado 5 casos en Finlandia (después de 30 años de haberse diagnosticado el último caso), 6 casos en Alemania y 2 casos importados en EE.UU..

PELIGRO

A partir de la década de los 70 tanto las autoridades sanitarias estatales como internacionales fueron disminuyendo su interés por las enfermedades transmisibles, disminuyendo los recursos y relajando las medidas de prevención y de vigilancia.

Con la identificación del SIDA, las autoridades reaccionaron como si de una excepción se tratase, incluso se desviaron parte de los exiguos fondos destinados a la lucha contra las enfermedades transmisibles hacia la lucha contra el SIDA.

Como consecuencia de todo ello nos encontramos hoy en día, con el siguiente panorama:

-- No se dispone de una Red de Vigilancia Epidemiológica.

-- Deterioro progresivo de la vigilancia frente a estos procesos a nivel de la Atención Primaria, las competencias en Sanidad por parte de los facultativos se diluyen o desaparecen.

-- Deterioro progresivo en el seguimiento de la morbilidad a través del Subsistema Nacional de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SNEDO), que en la mayoría de los casos se cubren tipo "quiniela" con la anuencia, consentimiento o bajada de ojos de las autoridades en Salud Pública

-- Y finalmente con un estancamiento o descenso en la cobertura vacunal poblacional durante los últimos años.

Si a todo esto añadimos que plazas de profesionales expertos en este tipo de enfermedades se declaran a extinguir, otras se reconvirtieron, otras son o fueron ocupadas por profesionales insuficientemente formados, que Centros Especializados han desaparecido y que tanto la OMS, como el Instituto de Medicina de EE.UU., UNICEF y la FICR han pulsado el botón de PELIGRO y recomiendan a todos los países que creen la infraestructura necesaria para preservar la Salud Pública frente a la enfermedades infecto-contagiosas.

Tan sólo nos queda decir que una grave amenaza se cierne sobre la Salud Pública.

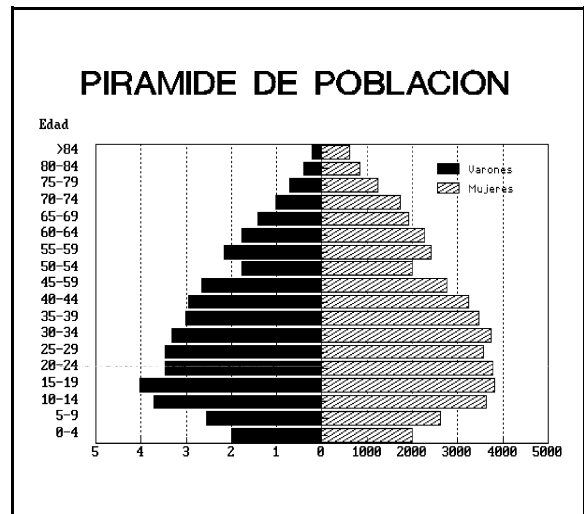
ESTUDIO DE LA NATALIDAD EN SANTIAGO (II)

Eduardo Alonso Mougan

Distribución etárea de la población. Santiago 1992.

EDAD	Varones	Mujeres	Total
0-4	2001	1993	3994
5-9	2560	2928	5188
10-14	3721	3625	7346
15-19	4023	3821	7844
20-24	3461	3780	7241
25-29	3470	3577	7047
30-34	3331	3760	7065
35-39	3022	3475	6497
40-44	2958	3249	6207
45-49	2660	2765	5425
50-54	1766	2006	3772
55-59	2169	2408	4577
60-64	1779	2269	4048
65-69	1429	1911	3340
70-74	1022	1722	2744
75-79	717	1236	1953
80-84	400	835	1235
> 84	215	621	836
Total	40704	45655	86359

Pirámide de población. Santiago 1992.

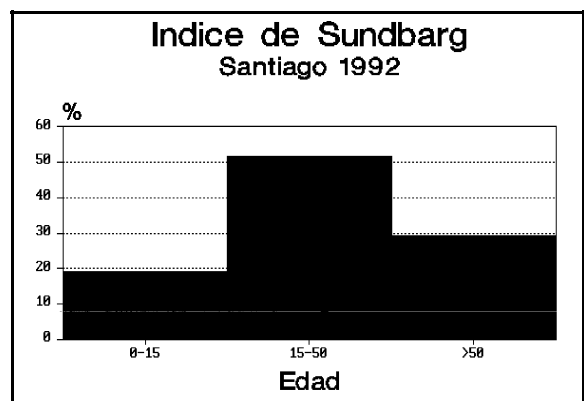


Indice de Sundbarg. Santiago 1992.

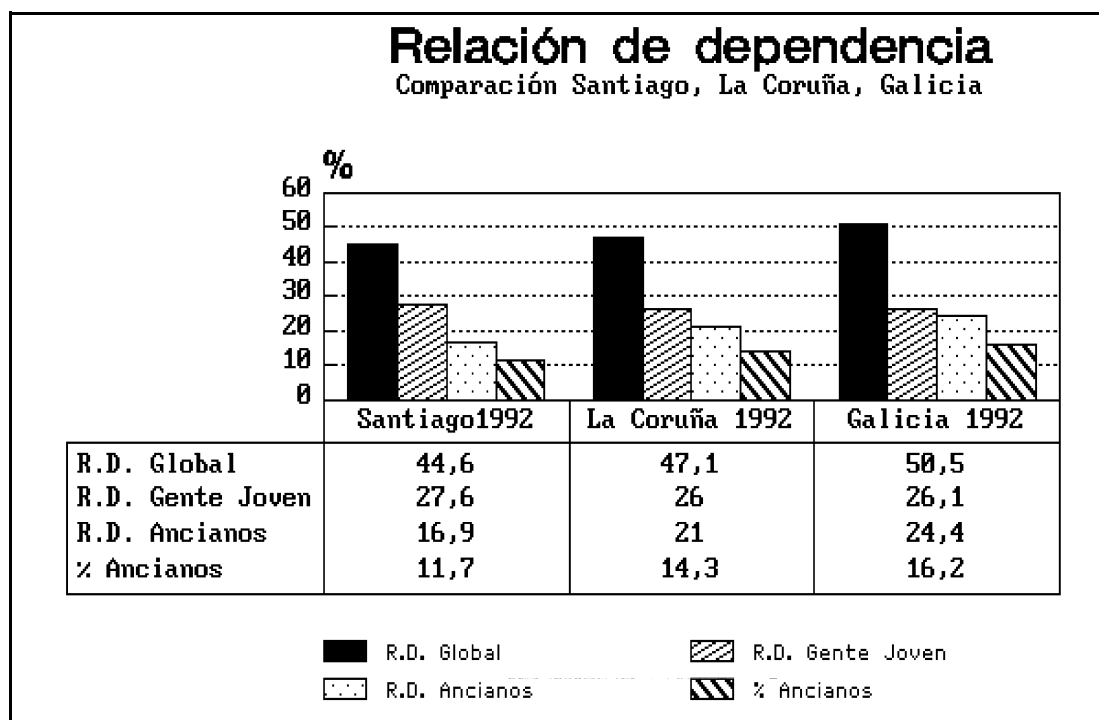
Población 0-15 años: 16.528 (19,1%).

Población 15-50 años: 47.330 (51,7%).

Población > 50 años: 22.501 (29,2%).

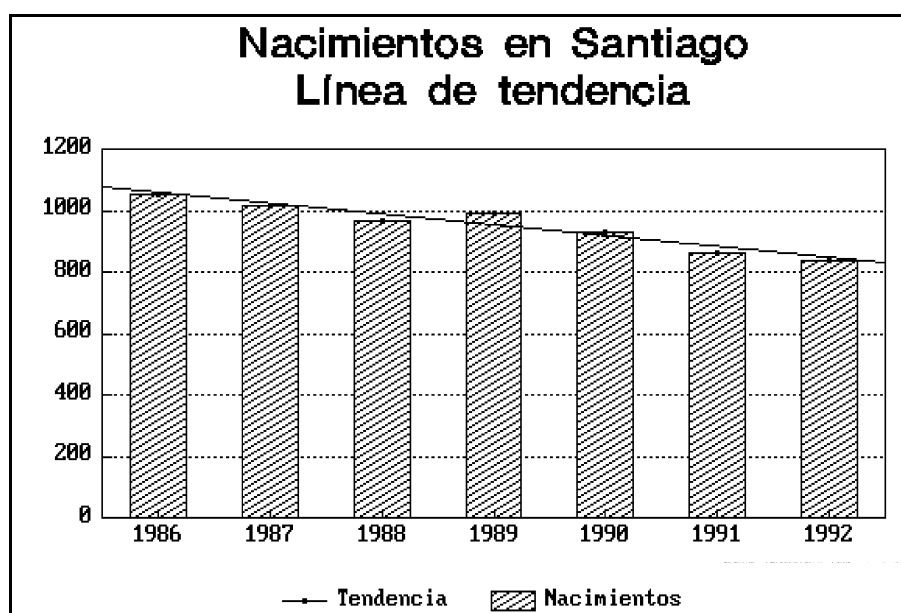


Relación de dependencia.

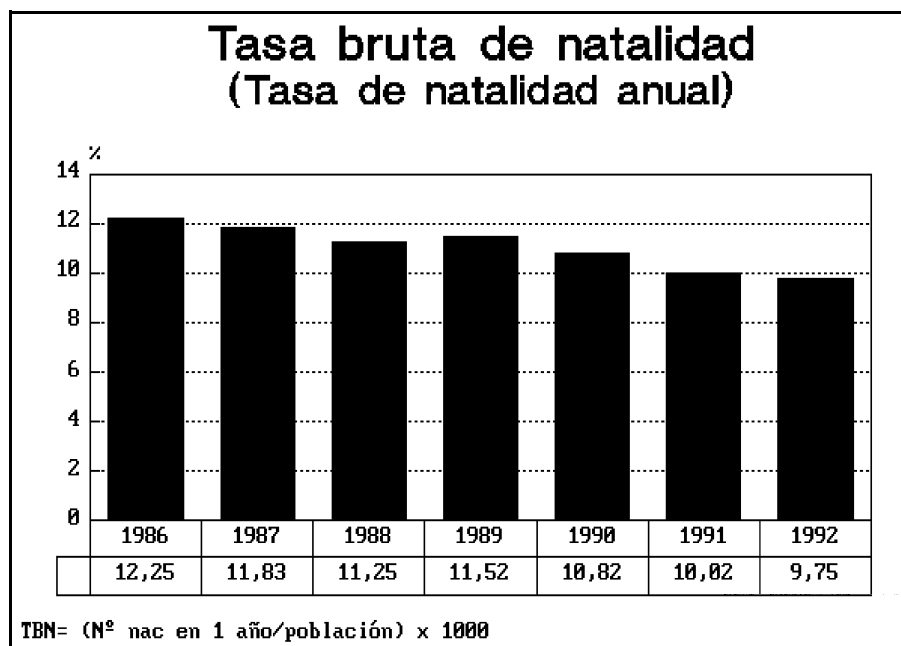


R.D. Jóvenes: (pob. 0-14 años/pob. 15-64 años) x 100
 R.D. Ancianos: (pob. > 64 años/pob. 15-64 años) x 100
 R.D. Global: ((pob. 15-64 años + > 64 años)/pob. 15-64 años) x 100

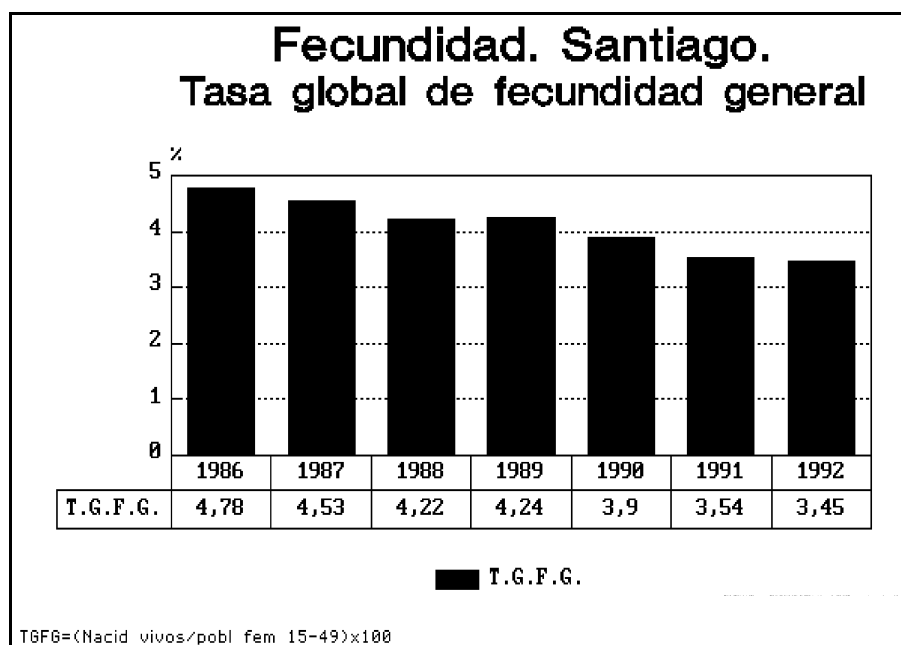
Natalidad. Nacimientos por lugar de residencia de la madre. Santiago.



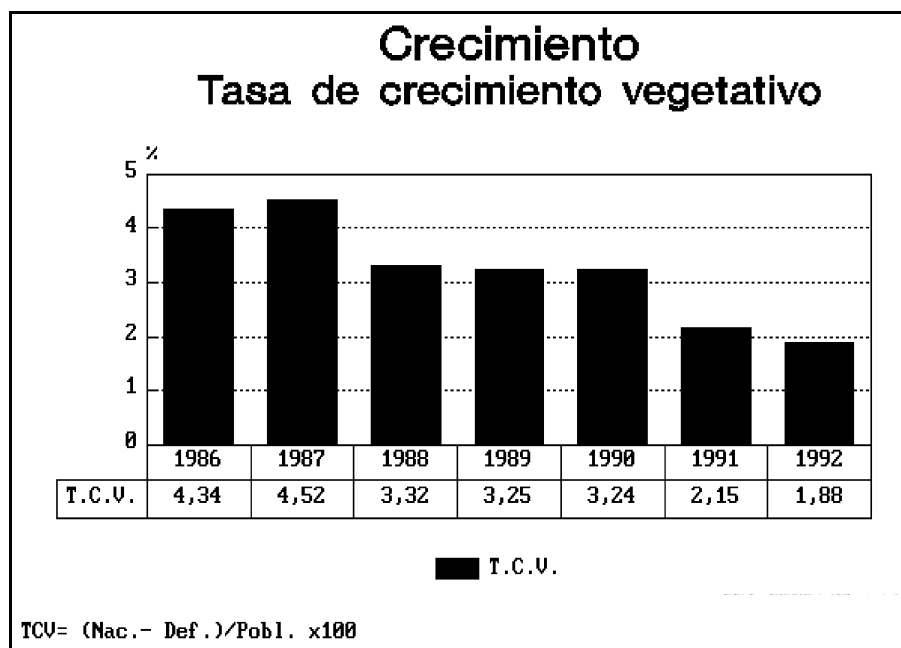
Tasa bruta de natalidad. Tasa de natalidad anual de Santiago.



Fecundidad. Tasa global de fecundidad general. Santiago.



Crecimiento. Tasa de crecimiento vegetativo. Santiago.



Nota: no se han tenido en cuenta movimientos migratorios.



EVENTOS UNIVERSITARIOS

Revista EIS:

La Asociación de estudiantes EIS, de Santiago de Compostela, publica una revista cuyo presupuesto sobrepasa las 130.000 ptas., siendo pagado parte del mismo gracias a una subvención de 42.000 ptas. concedidas a EIS para la publicación del nº 9 de dicha revista, por parte del Vicerretorado de la Universidad. La Asociación EIS ha incluido en este nº 9 los relatos del concurso de narrativa erótica Máquina de Vapor en su 2ª edición, habiendo ya sido publicados en un número anterior los correspondientes a la 1ª edición de este concurso.

La Revista se elabora en la Imprenta Universitaria (condición impuesta para recibir la subvención) y al ir a recoger los ejemplares correspondientes al nº 9, los legítimos propietarios, se han encontrado con que, acatando una orden del Vicerretorado de Estudiantes, concretamente de Celso Rodríguez, se les niega la entrega si no pagan la totalidad del coste, ya que esa subvención, ya concedida, se revoca si se publican en la revista los relatos eróticos.

Tarjeta Universitaria:

La Universidad y Caixa Galicia han llegado a un acuerdo para la realización de una tarjeta personal magnético-informática de identificación universitaria, mediante la cual se pondrá acceder al expediente personal, utilizando unos ordenadores similares a los cajeros automáticos que serían ubicados en los campus universitarios.

Nos preguntamos si la Universidad ha tenido en cuenta que no puede ceder los datos, que son de carácter personal, a la Caixa de Galicia ya que lo impide la legislación vigente.

INTERNET: RECURSOS RELACIONADOS CON SALUD PÚBLICA

Prof. Dr. Agustín Montes Martínez

Las ciencias biomédicas presentan en la actualidad una gran demanda de información, impensable hace pocos años. Este fenómeno se debe fundamentalmente a dos hechos: por un lado a la rapidez en los avances científicos y por otro a la aparición de nuevas tecnologías que permiten la comunicación de esos avances de una forma más cómoda y eficiente. Un papel destacado dentro de estas nuevas tecnologías lo juegan las redes telemáticas. Estas permiten el envío y la recepción de información en diferentes formatos (texto, gráfico, audio e incluso video) de una forma eficaz y, dependiendo del modo de acceso, barata. Podría decirse que estamos ante la mayor revolución en materia de comunicaciones desde la invención del teléfono (hay quien dice que desde la imprenta), que permitirá a cualquier persona, donde quiera que se encuentre, el acceso instantáneo a todo tipo de información que necesite. Como dice Sanz, "En un mundo donde, cada vez más, la información constituye la base de riqueza y poder, la universalización y 'democratización' de su accesibilidad constituye no sólo una revolución desde el punto de vista tecnológico, sino también una revolución social que cambiará mentalidades y aumentará las posibilidades de desarrollo de los individuos y los pueblos".

La red INTERNET, embrión del uso de las futuras 'autopistas de la información', permite actualmente el acceso a la información del modo señalado anteriormente. Cualquier médico, investigador o persona interesada puede acceder, por ejemplo, al servidor de información del Center for Disease Control and Prevention (CDC) y obtener información sobre el último brote de Ebola.

El acceso a esta información es totalmente

libre, sin ningún condicionante político, cultural, económico, etc. Todo lo que se necesita es una conexión INTERNET.

Servicios Ofrecidos por INTERNET

El acceso a la información disponible vía INTERNET se realiza de forma diferente según los servicios ofrecidos. Entre los más relevantes podemos destacar:

1. E-mail: Correo electrónico. Permite el envío, no sólo de mensajes sino también de cualquier otro tipo de información entre dos usuarios de INTERNET, así como a usuarios de otras redes (BITNET, FIDONET, COMPUSERVE, etc).
2. FTP : Transferencia de ficheros. Permite el envío y recepción de ficheros entre dos cuentas de usuarios. Un grupo especial son los FTP Anónimos. Son servidores de ficheros de acceso público que almacenan gran cantidad de software de dominio público.
3. News: Servicios de noticias. Es un servicio que en forma de tablero electrónico permite enviar y leer información sobre un tema específico. Existen más de 5.000 grupos de noticias diferentes.
4. Listas de Correo: Sistema basado en el uso del correo electrónico, que permite el intercambio de información entre las personas suscritas a la lista. Cada lista está dedicada a un tema específico. Existen cientos de listas de correo, muchas de ellas relacionadas con la salud y la medicina.
5. TELNET. Permite establecer una conexión remota con otro ordenador, accediendo así, de forma interactiva, a bases de datos o a ordenadores que realizan cálculos intensivos.
6. GOPHER. Sistema de acceso a información textual fundamentalmente, que se presenta

al usuario en forma de menús.

7. World Wide Web (WWW): Sistema de acceso hipermedia, esto es, en formato multimedia e hipertexto. La información puede estar almacenada en cualquier formato (audio, video, texto, etc) y es fácilmente alcanzable, ya que los documentos contienen enlaces que conducen a otros documentos relacionados. Debido a su facilidad de manejo, está sustituyendo paulatinamente al GOPHER.

Usos de Internet Relacionados con la Salud

Es evidente la ventaja del uso del correo electrónico, no sólo frente al correo ordinario, sino también frente al Fax, por su ahorro de tiempo y dinero. Con este medio podrán formarse grupos de investigación con investigadores de diferentes localidades, países e incluso continentes sin menoscabo de la agilidad en el trabajo. Mas bien todo lo contrario, resulta más fácil enviar los resultados de un estudio para su análisis por correo electrónico que por cualquier otro medio.

Existe un amplio y siempre actualizado catálogo de software biosanitario de libre dominio o soportado por el usuario accesible desde INTERNET. Ejemplos de este software incluyen desde diferentes aplicaciones para la docencia de la medicina hasta software para el análisis epidemiológico como EpiInfo. También son accesibles mediante este servicio revistas como 'Morbidity and Mortality Weekly Report' y 'Emerging Infectious Diseases'.

Diferentes listas de correo discuten sobre temas relacionados con la salud y la medicina: enfermedades transmisibles, no transmisibles, mentales, inmunológicas, cáncer, planificación y administración sanitarias, epidemiología, salud pública, etc. Este es un buen medio para informar de brotes epidémicos, discutir problemas relacionados

con enfermedades de especial interés, así como de la vigilancia epidemiológica.

World Wide Web, el medio de navegación por la red por excelencia, permite acceder a cientos de páginas de información sobre la salud y las ciencias biosanitarias. Dos servidores destacables por su contrastada calidad son los mantenidos por la OMS y por el CDC. Durante el pasado brote de infección por el virus Ebola los dos centros ofrecían información día a día de la extensión de la enfermedad, así como de otros aspectos relacionados con la misma. También ya son accesibles por este medio las revistas 'British Medical Journal' y 'Science'.

“Apuntes de Salud Pública” se une a esta nueva forma de distribución. A partir de este número, y de forma experimental, será accesible a todo los profesionales interesados en el mundo entero mediante el servicio WEB de INTERNET. La dirección del servicio será <http://mrsplx2.usc.es>.

Pero para acceder a estos servicios hay que disponer, como señala Segovia, de una infraestructura básica de informática y redes. Si bien es cierto que el parque ofimático en las instituciones sanitarias es ya amplio (aunque resaltando que en gran parte está dedicado a la gestión), la conexión en red, por el contrario, es escasa. Desde 1991 España dispone de una conexión realmente operativa con Internet. Desde entonces el número de ordenadores y usuarios conectados a Internet ha crecido exponencialmente con tasas de incremento de hasta el 15% mensual, superando incluso a las de la media europea y mundial. Pero este incremento se ha debido fundamentalmente al mundo universitario, siendo el sector sanitario casi ajeno a esta explosión de conectividad.

Sólo unas pocas unidades de investigación han podido disfrutar de los servicios proporcionados por INTERNET, muchas

veces debido al empeño personal de sus responsables. Sin embargo, en estos últimos meses se ha producido un cambio radical en este patrón. Muchos profesionales de la salud están tomando conciencia de las ventajas que suponen el uso de las redes telemáticas y están demandando servicios tanto de las Instituciones Sanitarias como a nivel particular. Existen diferentes proyectos promovidos por las diferentes administraciones (europea, nacional y autonómica) para extender el conocimiento y uso de la red entre los profesionales del sistema sanitario. Cuando el acceso a INTERNET se realiza de modo particular es necesario conectarse a través de un servidor comercial. El precio de sus servicios es, en algunos casos, muy asequible para un profesional, por lo que no constituye un problema importante que impida la conexión a la red.

Bibliografía

- Belmonte Serrano, Miquel A. Internet en la medicina del 2000. Med.Clin (Barc) 1995; 104:744-752.
- Delamothe, T. BMJ on the internet. BMJ 1995; 310: 1343-44.
- Demetri Vacalis, T.; Bartlett, Christopher LR; Shapiro Cheryl G. Electronic Communication and the Future of International Public Health Surveillance. Emerging Infectious Diseases 1995; 1: 34-35.
- LaPorte, RE; Marler, E; Akazawa, S; Sauer, F; Gamboa, C; Shenton, C; et al. The death of biomedical journals. BMJ 1995; 310: 1387-90.
- Sanz Sacristán, Miguel A. A, B, C de Internet. Boletín de la Red Nacional de I+D, Red Iris 1994; 28: 15-30.
- Segovia, Rogelio. El proyecto InTeMe: estimular la difusión de las tecnologías de la información en el sector sanitario. Boletín FUNDESCO 1995; 165: 11-12.



NOTA DE DIRECCIÓN

Tal como viene reflejado en el artículo anterior, la revista “**Apuntes de Salud Pública**”, de forma (en principio) experimental y gracias al gran esfuerzo personal realizado por el profesor Agustín Montes, será accesible a todos los usuarios de la Red INTERNET, constituyéndose así la primera Revista de Salud Pública de España y la primera revista de Galicia que está disponible desde este Servicio.

En una primera fase de este proyecto, estará disponible el último número de la Revista publicado, en una segunda fase se pondrá tener acceso a todos los números publicados y en una tercera fase se podrán solicitar datos adicionales correspondientes a los artículos y mantener una comunicación con los responsables de la misma (mediante correo electrónico).

Cursos, Congresos y Jornadas:

-- VI Congreso de la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer. Barcelona del 24 al 27 de Septiembre de 1995. Viajes El Corte Inglés teléfono 93-4594650.

-- VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Arterioesclerosis. La Coruña del 4 al 7 de octubre de 1995. CONGREGA SL, Teléfono 981-121556.

-- VI Congreso SESPAS y XIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona del 25 al 27 de Octubre de 1995. Teléfono 93-4024250.

-- X Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada del 26 al 28 de octubre de 1995. Escuela Andaluza de Salud Pública, teléfono 958-161044.

-- Curso a distancia de Investigación en Atención Primaria: Análisis e Interpretación de resultados. De diciembre de 1995 a junio de 1996. Información en el teléfono 93-4159656.



PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS (Apdo. 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 texto 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.

PERSONAL SANITARIO Y FORMACIÓN CONTINUADA

Nos encontramos en los albores del siglo XXI, donde se observa mirando hacia atrás que durante los últimos años se ha producido una auténtica revolución tecnológica y metodológica que afecta a todas las ramas del saber.

La aparición de nuevas tecnologías, conocimientos, incorporación de nuevos métodos de trabajo, etc., en el mundo empresarial, ha llevado a este a una transformación de tal magnitud que ha obligado a las empresas a adaptarse a los tiempos actuales para seguir siendo competitivas (grandes superficies, marketing, especialización y superespecialización, etc..).

La Sanidad Pública, como empresa de servicios, no debiera ser ajena a estos cambios, aún teniendo en cuenta sus condicionantes por su carácter público, pero no hay que olvidar que como empresa de servicios debe encaminar sus esfuerzos a conseguir unos óptimos niveles de calidad, lo que llevaría a un mayor grado de satisfacción en los usuarios y en los profesionales del Sistema Sanitario.

Para ello, es preciso formar, actualizar y dotar de medios al personal sanitario, ya que existe la convicción o la necesidad, tanto por parte del personal como de la administración de posibilitar la formación continuada a los profesionales de la salud.

Ante esto, con respecto a la formación continuada, nos preguntamos:

- ¿Quién determina los contenidos?
- ¿Debe abarcar a la totalidad del personal?
- ¿En base a que criterios se realiza, y los programas son los adecuados?
- ¿Se motiva, incentiva y facilita al personal para realizarlos?
- ¿El personal docente es el idóneo?

Para dar una respuesta adecuada a estas preguntas hay que analizar los distintos intereses, de la administración, profesionales y usuarios

-- Desde el punto de vista de la Administración y Gestión, debe ser un medio para:

- . Garantizar, como mínimo, un nivel de salud de acuerdo con las condiciones socio-económicas del país.
- . Optimizar los recursos en busca de una mayor eficiencia del Sistema.
- . Tratar de dar respuesta a las demandas de la población.
- . Adecuar los recursos, tanto técnicos como humanos, a las necesidades del momento.

-- Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, debe contemplar:

- . Acceso, facilitación, reconocimiento y valoración de la formación.
- . Acceso a nuevas tecnologías.
- . Participación y evaluación en la programación de la formación.

-- Desde el punto de vista de los usuarios del Sistema de Salud, es necesaria para:

- . Que el Sistema de respuesta a sus necesidades de salud.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, las respuestas a las anteriores interrogantes planteadas serían:

1.- Los contenidos los debe determinar:

- La administración:

Ya que es ella, la que programa y planifica los objetivos a conseguir, siendo así mismo la máxima responsable.

Planificar en salud no es algo que deba hacerse a corto plazo, sino a medio y largo plazo, por lo que es necesario que los objetivos adquieran el máximo consenso posible entre los distintos

representantes sociales, para que no se de la paradoja de que lo planificado ahora no tenga continuidad en el futuro, por cambios que se puedan dar en los máximos responsables de la administración.

- Personal sanitario:

Por ser el receptor de la misma, ya que así se logra un mayor grado de motivación.

Por que puede señalar deficiencias y carencias de anteriores actividades similares.

Por que puede identificar necesidades o problemas propias de su zona o marco de actuación.

Por que es el responsable del ejercicio de su profesión ante la sociedad.

- Usuarios:

Por ser el receptor de los servicios.

Por que según la Ley General de Sanidad, los usuarios son poseedores y receptores de una serie de derechos y deberes, que muchas veces se desconocen.

2.- Si debe abarcar a la totalidad del personal, pero debe haber programas comunes y específicos, no solo por grupos profesionales sino también específicos por Áreas y/o Zonas sanitarias.

3.- Teniendo en cuenta lo dicho en el punto 1, los programas realizados hasta la fecha no son los más adecuados ya que no cumplen los criterios establecidos anteriormente.

Y además el personal debe participar, de acuerdo con la LGS, en la evaluación de la misma.

Nunca deberían ir dirigidos a un grupo en particular de profesionales, sino que debiera tenerse en cuenta el conjunto de todos los profesionales y el interés de la administración.

4.- La formación continuada debe contemplar la facilitación del acceso de los profesionales a los cursos, mediante la concesión del tiempo suficiente para realizarlo sin ser a costa de sus permisos reglamentarios, así como tener en cuenta la especial situación de aquellos que por su situación geográfica y aislamiento, les presenta grandes dificultades para su realización.

Se debe incentivar mediante el reconocimiento curricular de los cursos realizados que posibilite el desarrollo de la carrera profesional.

Dado que no se tiene en cuenta lo anterior debemos decir que el personal carece de la motivación suficiente para el óptimo aprovechamiento de la misma.

La duración y contenido de los distintos cursos de formación continuada deben ser coherentes con la finalidad de los mismos.

5.- El personal docente debe tener una acreditación y capacidad reconocida, tanto desde el punto de vista académico como profesional, ya que si se cuestiona la formación de pregrado, no se debiera caer en el error de otorgar capacidad de formación a cualquier persona que no la posea.

La formación continuada debe ser una de las herramientas que permita alcanzar la calidad total del Sistema Sanitario.

Para concluir debemos decir que la formación continuada es un debate abierto y de máxima actualidad, en el que deben participar y ser escuchadas todas las partes, cualquier aportación realizada desde una óptica positiva debe ser tenida en cuenta para que el debate sea más enriquecedor y se puedan alcanzar los objetivos deseados.

Los "otros" productos de la atención sanitaria

Lourdes Maceiras

Ahora, que se nos anuncia para el 25, 26 y 27 de octubre en Barcelona, el VI Congreso de la SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) y la XIII Reunión Científica de la SEE (Sociedad Española de Epidemiología) unidas y bajo el epígrafe '*Salud, Equidad y Satisfacción: ¿Productos de la Atención Sanitaria?*', quizá sea el momento de agradecerles a estos profesionales el aunar esfuerzos y disminuir costes (los recursos son siempre escasos, tanto los humanos como los materiales) para organizar juntos esta gran reunión barcelonesa, a la que se han presentado más de 360 comunicaciones, lo cual indica que hay mucha gente que se va a dar cita allí, y a la que se han adherido también varias instituciones.

Ya en octubre del año pasado, en Granada, la Escuela Andaluza de Salud Pública organizaba sus IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria con el titular '*¿De paciente a cliente? El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios*', reconociendo que hay muchas declaraciones de principios, incluso estrategias de acción, que ponen al ciudadano como fin último del trabajo de los servicios sanitarios, pero es evidente que, para que ello llegue a ser realidad, es necesario un cambio en la orientación de nuestro sistema sanitario; y decían: "Esta transformación implica una adaptación del trabajo de los profesionales, y de la gestión y organización de los hospitales y centros de salud, a las necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta la perspectiva de los trabajadores y los objetivos de la organización".

Para este año, en Barcelona, los organizadores nos anuncian cinco aspectos

claves a analizar: "En primer lugar, el concepto mismo de *producto*, que puede ser definido como *objeto* (los productos sanitarios), como *actividad* (en términos de servicios y de procesos), o como *consecuencia* (el efecto de las intervenciones en la salud y calidad de vida, en la equidad o en la satisfacción).

En segundo lugar, la *salud*, entendida como objetivo de las intervenciones sanitarias y por ello referida no sólo a la supervivencia ni a la ausencia de enfermedad, sino también a la calidad de vida asociada a la salud. En tercer lugar, la valoración de las desigualdades de acceso a los servicios y a las intervenciones de calidad suficiente, sin olvidar las de exposición a los determinantes físicos (geográficos y biológicos) y sociales (económicos y culturales); en consecuencia, la *equidad* se configura como otro de los núcleos del debate, sobre todo como objetivo básico previo de todas las propuestas de políticas de salud.

En cuarto lugar, la *satisfacción* invocada con frecuencia y raras veces valorada de forma adecuada; sobre todo la de las personas atendidas y poblaciones protegidas, respecto del sistema sanitario y de la idoneidad de los servicios que reciben, en cada uno de sus aspectos básicos; pero también la de los profesionales involucrados, particularmente en lo que interesa a la gestión de los servicios. Y en quinto lugar, la *evolución* experimentada por los servicios de salud desde la creación del *Sistema Nacional de Salud*, la valoración de los cambios que se han producido en el conjunto y en cada uno de los Servicios Autonómicos".

Quizá sea también este el momento de

preguntarnos qué pasó desde que en 1991 la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud en su *Informe y Recomendaciones*, más conocido como el '*Informe Abril*', apostilló: "En los sistemas de salud 'es necesario distinguir dos tipos de *outputs*: los resultados sanitarios y la satisfacción del consumidor' (Hurst J, *Health protection in the European Community Bruges*, 1991)".

Cada vez que tengo una reflexión revoloteándome entre las circonvoluciones cerebrales (hay que reconocer que *el palabra* es poco poético, pero farda un montón...), me da un no sé qué que parece un qué se yo, y le acabo escribiendo a mi amigo el Enano Saltarín. Ya os conté que vive en un bosque y viaja mucho; antes no sabía exactamente cuál de las dos cosas le envidiaba, ahora ya lo sé: las dos.

Siento un cosquilleo a lo largo de la espalda cuando abro una carta, pero las tuyas son más especiales todavía, entre otras cosas porque, también os lo dije ya, se suele reír de los humanos y de nuestras preguntas ya respondidas de antemano... Así que me esperaba cualquier apreciación insidiosa acerca de mi preocupación sobre la poco motivante, para algunos profesionales, satisfacción de los usuarios y su importancia. Ví su letra menuda extendiéndose sobre el papel:

Con la edad los huesos se tornan como cañas quebradizas y rompen al menor embate. Y así ha sido como he venido a dar al suelo y en astillarme la rodilla. Resultado de todo este desaguado: unos meses de inmovilidad absoluta, encerrado entre cuatro paredes y con la pata escayolada en alto. Mi lugar obligado es, ahora, el viejo sillón de orejas que está junto al balcón. Y como (según suele decirse) no hay mal que por

bien no venga, estoy aprovechando esta mi condición de estatua y la parsimoniosa lentitud del tiempo. Ambas circunstancias, obligadas aunque pasajeras, me están permitiendo disfrutar del mal paso como un enano. Y nunca mejor dicho...

Por una parte he recuperado el placer de la palabra, gracias a las visitas. Vienen a verme viejos amigos y amigas, algunos hacía años que no los había visto, y me traen tocinitos de cielo, marrón glacés y otras delicias prohibidas. Pasamos las tardes charlando, recordando hazañas del pasado y viendo oscurecer a través del balcón. Luego encendemos el fuego, preparamos la merienda y seguimos hablando y hablando hasta que la noche nos convierte en un aquelarre de sombras parlantes. Es estupendo esto de dejarse llevar por el arrullo de las voces, contar y oír las mismas viejas historias, repetidas y sabidas, pero que suenan como si fueran tan inéditas y magníficas como una inatendida primavera.

Por otra parte, cuando todos se han ido y quedo sólo, la casa en un silencio de algodón y el tiempo como coagulado, vuelvo a mis viejos libros. En cada relectura, aunque sea de un capítulo o de un simple párrafo, encuentro siempre un matiz inesperado, otro sentido fulgurantemente captado ahora, un eco que se había escapado en anteriores lecturas, un brillo nuevo iluminando una palabra, la fragancia olvidada de un adjetivo o el fragor lejano de cómo era uno cuando, en otros tiempos, leía esas mismas líneas. Y así mengua el dolor, van pasando las horas y los días y pareceme que el mundo entero viene a romper, como una ola amistosa, a los pies de mi desvencijado sillón de orejas. Tanto y tan saludable es el poder de la palabra que, según creo, mi rodilla está sanando con este trasiego de gentes y libros. (*CLIJ* 1993; 51).

CALENDARIO VACUNAL DE GALICIA

(Resolución del 5 de Abril de 1995 de la Dirección General de Salud Pública, publicado en el D.O.G nº 83, de 2 Mayo de 1995, de acuerdo con el D. 199/1994)

El programa de vacunación infantil queda configurado de la siguiente forma:

Vacuna	0 mes	2 meses	4 meses	6 meses	15 meses	18 meses	6 años	11 años	12 años	14 años
Hep. B	1ª	2ª		3ª					E	
DTP		1ª	2ª	3ª		4ª	5ª			
Td										Rec
PTVO		1ª	2ª	3ª		4ª	5ª			
TV					1ª			Rec		

Abreviaturas:

Hep. B : Hepatitis B

DTP : Difteria, tétanos y pertusis (tosferina).

Td : Tétanos y difteria tipo adulto.

PTVO: Poliomiелitis trivalente Oral.

TV : Triple vírica (sarampión, rubéola y paperas).

E : Empezar la vacunación en no vacunados.

Rec.. Dosis de Recuerdo.

Vacuna de la hepatitis:

Después de una analítica previa (Ac) 3 dosis, entre las dos primeras un intervalo de 1 mes y la tercera a los 6 meses de la 1ª, a los 5 años determinación de Ac y revacunar cuando sean bajos.

Vacuna antitetánica (Td) : Dosis de recuerdo cada 10 años.

Vacuna TV : Se recomienda poner una dosis de recuerdo a niños/as a los 11 años (ó a los 6).

Es muy importante que todo el personal sanitario:

- ***Esté correctamente vacunado.***
- ***Realice educación sanitaria dando ejemplo y recomendando tener el calendario vacunal al día.***
- ***Recuerde que para erradicar las enfermedades, la cobertura vacunal, debe ser al menos del 80%.***