

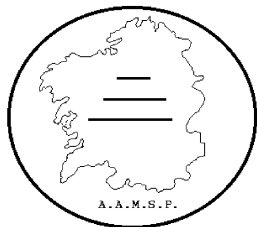
# APUNTES DE SALUD PÚBLICA

Nº 7

Depósito legal: C-1580-1993

ISSN: 1134-055X

Octubre 95



**ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER  
EN SALUD PÚBLICA DE GALICIA**

**EDITORIAL**

## **COMUNICACIÓN SIN FRONTERAS**

Estamos asistiendo hoy en día a una auténtica revolución en la difusión de la información, que puede compararse al descubrimiento de la imprenta por Guttemberg. En aquellos momentos la impresión de múltiples copias permitió que en un pequeño margen de tiempo varias personas accedieran a la misma información, sin tener que recurrir a la copia manual, proceso que requería semanas o meses para obtener una simple copia, incrementando de una manera desconocida hasta entonces la difusión de los nuevos conocimientos.

En la actualidad, el establecimiento de redes electrónicas globales permite la transferencia de información hasta límites inimaginables hace escasos meses. En pocos segundos la información depositada en un servidor situado en nuestras antípodas puede ser consultada por cualquier persona interesada con el único requerimiento de utilizar un ordenador conectado a la red.

El paradigma de estas redes distribuidas por todo el mundo es INTERNET. En realidad no es una red en sí misma, sino un conjunto de redes corporativas (universitarias, empresariales, gubernamentales, etc.), que tienen establecidos enlaces entre sí y que utilizan un protocolo de comunicaciones común denominado TCP/IP.

El uso de las nuevas tecnologías de la información se va extendiendo rápidamente en el campo editorial, muy especialmente de las revistas biomédicas, ya que es en estas ciencias donde el acceso rápido y actualizado a la información es de capital importancia, independientemente de la situación geográfica donde se genere.

En los últimos meses, revistas tan prestigiosas, como British Medical Journal, Science, han puesto en marcha servidores conectados a INTERNET, que permiten la lectura electrónica de muchos de sus artículos.

### SUMARIO

*EDITORIAL*.....pág. 1

*REFORMA DE LA ATENCIÓN  
PRIMARIA*.....pág. 3

*REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ( I ):  
Objetivos y fuentes*.....pág. 7

*NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS.  
Libros recomendados*.....pág. 10

*PRUEBA DE MANTOUX: Cara ventral  
o dorsal del antebrazo*.....pág. 11

*Cuando la EpS o alguna de sus  
ramas crea conflictos.....( I )*.....pág. 13

*Evaluación de un programa de  
prevención y EpS*.....pág. 17

*CURSOS/CONGRESOS*.....pág. 22

*MEDICINA PREVENTIVA:  
Profilaxis antitetánica*.....pág. 23

De la misma forma comienzan a aparecer nuevas revistas "on-line" con formato exclusivamente electrónico, que revolucionará aún más, si cabe, la difusión de los conocimientos, al ser de distribución inmediata y disminuir sus costes de producción y distribución .

Hoy en día, cuando la informática constituye una herramienta de trabajo imprescindible para la intercomunicación y tratamiento de los datos y su aplicación en el campo sanitario es cada vez más importante, la revista "*Apuntes de Salud Pública*" se suma a esta nueva era de revistas biomédicas de prestigio reconocido, y se distribuye electrónicamente mediante INTERNET, gracias a la colaboración prestada por el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago, que pone a nuestra disposición unas páginas de su WEB (servidor de información multimedia). Esperamos con ello que todos los profesionales de la salud pública, especialmente los iberohablantes, tengan acceso y participen en la construcción de esta revista, independientemente de donde residan, sea en España, Europa, América o cualquier otro lugar.



La ruta de acceso, para los internautas, es: <http://mrsplx2.usc.es>., donde, desde el mes de Agosto, está disponible el nº 6 de nuestra revista y a partir de este momento también el nº 7, así como un buzón de correspondencia para que nos mandéis todas vuestras sugerencias y colaboraciones. Esperamos que próximamente podamos introducir y por tanto facilitaros el acceso a todos los números anteriores así como poder solicitar información adicional de los artículos publicados.



**APUNTES DE SALUD PÚBLICA ©**  
**ASOCIACIÓN DE ALUMNOS Y MÁSTER EN SALUD PÚBLICA.**  
Octubre 1995                      N°7

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

EDITA: A.A.M.S.P.  
Apto. Correos nº 139 -SANTIAGO-  
IMPRIME: Portada : Minerva S.A.  
Resto: Tórculo S.A.  
DEPOSITO LEGAL: C-1580-1993  
ISSN: 1134-055X  
Tirada: 180 ejemplares

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

# LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN GALICIA

Vidan L. - Subdirector General de Atención Primaria del SERGAS -

## SITUACIÓN DE PARTIDA:

### Antecedentes:

La situación de partida en Galicia se puede resumir en una palabra “*desigualdad*”. Esta desigualdad se refleja en una amplia variedad de dimensiones (situaciones laborales, oferta de servicios, distribución de los recursos disponibles, etc..) Y afecta a profesionales, a usuarios y a la organización.

La reforma en su día emprendida por el INSALUD se encuentra muy retrasada en Galicia en 1991, momento de la transferencia, por una serie de causas complejas.

Existe de hecho una situación de conflicto crónico entre diversos grupos de profesionales y de opinión.

La dispersión poblacional es una característica determinante y diferencial de Galicia.

### Problemas detectados:

El sistema tradicional presenta los problemas de todos conocidos propios de un sistema de dedicación a tiempo parcial pensado para una reducida cobertura poblacional que entra en crisis al ser aplicado en el contexto actual de cobertura universal, aumentada complejidad de la asistencia y nuevas expectativas de los usuarios.

El sistema reformado de EAP, además de su escasa implantación en Galicia, presenta problemas que se derivan fundamentalmente de la orientación burocrática y funcionarial que se le ha dado. Conflictos de grupo sin resolver, y una limitada sensibilidad a la hora de responder a las necesidades del usuario limitan la eficiencia y calidad que se esperaba del modelo.

Todo ello se traduce en un importante grado de desánimo de los profesionales de ambos modelos y en insatisfacción de las demandas del usuario.

Otros factores tales como los límites al desarrollo del ámbito de actuación de la atención primaria, conflictos con el segundo nivel, ausencia de incentivos y existencia de incentivos perversos que no discriminan a favor de los profesionales que hacen un mayor esfuerzo, contribuyen a la crisis en la atención primaria.

### Aspectos positivos

Existen por supuesto aspectos positivos en ambos modelos que no hay que ignorar a riesgo de ofrecer una imagen desvirtuada. La dedicación y cercanía a la población del modelo tradicional, especialmente en el área rural y la iniciativa innovadora del modelo reformado son un ejemplo de valores que era necesario incorporar al nuevo modelo.

## EL PROCESO DE REFORMA

### Objetivos y principios básicos:

El objetivo de la reforma en Galicia viene dado por lo expuesto hasta ahora. Se trata de superar los problemas comentados y establecer un plan de mejora y modernización de la atención primaria que permita su desarrollo futuro a partir de los valores ya existentes.

Los principios básicos que inspiran el modelo que se propone son:

-- Los aspectos clínicos, la atención al individuo se entienden como el pilar básico de la actividad de los profesionales sanitarios. Este **énfasis en los aspectos clínicos**, se concreta en atención primaria en la importancia fundamental de la **relación médico-paciente**. Una relación que de estar basada en la confianza mutua. Debe lograrse un equilibrio entre la asistencia al individuo y la actuación sobre la comunidad.

-- La atención primaria se concibe como una **actividad en expansión** que sin duda asumirá más tareas y alcanzando un desarrollo mayor en el futuro, sin más límite que el que impongan el mutuo acuerdo entre profesional y paciente.

-- La **calidad** es un principio fundamental de este modelo. Debe ser una atención primaria orientada a la calidad, por ello las actividades de evaluación y garantía de calidad deben incorporarse de forma sistemática a la misma. Alcanzar un alto nivel de calidad, es una condición necesaria para lograr el **apoyo de los ciudadanos** y la **satisfacción de los profesionales**.

Consecuentemente debe ser una atención primaria orientada y organizada **en función de las necesidades de los ciudadanos**.

Los aspectos organizativos han de plantearse en función de los principios anteriores a los que deben servir. Así el **factor humano** ha de pasar a un primer plano, ya que los profesionales son el recurso fundamental con el que contamos. La organización deberá conseguir la **integración, participación y consenso** de los profesionales, ello implica **cercanía entre profesionales y directivos**.

Ha de reinstaurarse el **principio de correlación entre esfuerzo y recompensa** introduciendo incentivos y potenciando la autogestión entre los profesionales.

Necesariamente para conseguir todo ello ha de alcanzarse una mayor **flexibilidad** en el sistema, de forma que se pueda facilitar la adaptación a las demandas de la sociedad y de los propios profesionales, eliminando rigideces burocráticas innecesarias y contraproducentes.

#### Restricciones:

Las restricciones fundamentales vienen dadas por la necesidad de superar la situación de conflicto endémico que existe en torno a la atención primaria en Galicia y que requiere por lo tanto alcanzar un elevado grado de consenso.

Desde los primeros momentos resulta claro que no es posible apartarse del modelo estatutario, ya que otras alternativas generarían un grado de

conflicto incompatible con lo anterior.

Esto a su vez obliga a moverse en un marco legal muy restrictivo que condiciona el sistema retributivo y que en el caso de Galicia, a diferencia de lo ocurrido en otras partes, significa que la reforma ha de hacerse toda ella en el estrecho marco de los Decretos 3/87 (retribuciones) y 118/91 (selección de personal) dada su condición y normativa básica para el personal estatutario.

#### Estilo

La reforma en Galicia parte siempre de la necesidad de contar con el apoyo de la mayor parte de los profesionales y por eso, aún a costa de la rapidez que todos deseáramos, se hace especial hincapié en el consenso y participación de todos.

### **ELEMENTOS DE LA REFORMA**

#### Decreto 200

La primera actividad de reforma del proceso actual fue naturalmente la de sentar las bases del nuevo modelo de forma consensuada. Esto se concretó en el Decreto de Reforma (D. 200/93) de Ordenación de la Atención Primaria de Galicia.

El decreto parte obviamente de la tradición y marco legal existente que determina las características básicas de la asistencia sanitaria en España.

Las más importantes, a este respecto, desde el punto de vista de la atención primaria son la universalidad, la gratuidad, la función "gate keeper" del médico general, y el hecho de que el médico se responsabiliza de una lista de pacientes.

Mediante la creación de servicios y unidades de atención primaria se potencia el trabajo en grupo y jerarquizado y se garantiza la existencia del necesario apoyo administrativo, de enfermería y de los demás profesionales que son imprescindibles para una atención primaria moderna y de calidad siempre con una orientación funcional.

Se establece la dedicación de 40 horas semanales más atención continuada.

Respondiendo a las necesidades particulares

del caso gallego, se establece la existencia de una unidad de atención primaria en cada municipio y se respeta escrupulosamente el principio de voluntariedad para la integración en el nuevo sistema.

#### Oferta de integración:

Los principios generales recogidos en el decreto han de concretarse en la oferta de integración.

El aspecto más importante de la misma se refiere al **sistema retributivo**. El sistema retributivo es el elemento fundamental de gestión disponible y por ello se le ha dedicado una gran atención al plantear la oferta de integración.

El sistema retributivo de aplicación en la actualidad es el regulado en el R.D. 3/87. El decreto 200/93 recoge el compromiso de atenerse al mencionado decreto.

La filosofía que lo inspira es claramente funcionarial. Consecuentemente establece un sistema de retribución básicamente salarial.

El sistema retributivo que se propone intenta, en el estrecho marco que permite el R.D. 3/87, introducir aspectos que lo que equiparen en lo posible a un sistema mixto, para intentar limitar los efectos perversos de los sistemas puros, aprovechando las ventajas de todos ellos. Así se combinan un tramo salarial, un tramo capitativo y un tramo fácilmente asimilable al pago por acto.

Se quiere un sistema retributivo que signifique un elemento atractivo para los profesionales, tanto para conseguir que el mayor número posible de profesionales del sistema actual se integre en el nuevo modelo como para atraer a profesionales de calidad en el futuro, y que permita la mayor incentivación posible, dentro del estrecho marco legislativo actual, en función de la labor que desempeñe cada uno. Reintroduciendo elementos capitativos en las retribuciones.

#### Plan de urgencias:

Otra línea de actividad fundamental ha sido la elaboración del plan de urgencias y su posterior puesta en marcha.

La atención continuada es una característica

esencial de la atención primaria. En Galicia al igual que en otras áreas, pero complicada por la particular dispersión geográfica, la atención continuada planteaba uno de los mayores retos para el proceso de reforma. Fuente importante de disatisfacción tanto para los usuarios (dificultades de acceso), como para los profesionales (cargas de trabajo), era necesario ofrecer una respuesta a la misma.

Los principios en los que se basa son:

-- Proporcionar atención continuada las 24 horas, prestada por los mismos profesionales de atención primaria, que sea próxima, humana y de calidad.

-- Organizativamente implica la constitución de puntos de atención continuada (PAC) en los que se prestará asistencia con presencia física. Todo ello coordinado desde una central única tipo "0.61".

Esto permitirá una distribución más racional y equitativa de las horas de trabajo entre los distintos profesionales y una dotación de medios adecuada, dentro todo ello de los límites que imponen la eficiencia y los recursos disponibles.

#### Aspectos organizativos:

Sin duda, el aspecto más importante es la puesta en práctica de la reforma. Para ello se han remodelado las estructuras directivas de atención primaria con el objetivo de acercarlas a los profesionales.

Por otro lado se ha comenzado un proceso de descentralización de la gestión basado en la potenciación e la autonomía de las estructuras directivas periféricas, por el que se irá sustituyendo paulatinamente el tipo de relación jerárquica existente hasta ahora por otro de tipo contractual y potenciando la competitividad entre las distintas unidades.

En consonancia con la filosofía de la reforma se ha involucrado a un número importante de profesionales en una serie de proyectos, que ya han comenzado a producir resultados concretos: elaboración e implantación de un nuevo modelo de Historia, mejora del proceso de interconsulta y relación con el 2º nivel, comisión de calidad, comisiones farmacoterapéuticas, etc..

## PERSPECTIVAS DE FUTURO

Como se decía al principio, dadas las limitaciones, no es posible diseñar ahora el sistema ideal, pero parece conveniente desarrollar algunas de las direcciones en las que sería deseable avanzar.

Parece claro que la atención primaria debe ocupar un situación central en el sistema sanitario. La especialización progresiva y continua en el nivel secundario hace más relevante si cabe los papeles de abogado del paciente y de guía e integrador de la asistencia del médico general.

El desarrollo tecnológico (telecomunicaciones y abaratamiento de equipos), el cambio de morbilidad (crónicos), el desarrollo de nuevas técnicas (cirugía ambulatoria) hacen previsible un desplazamiento cada vez mayor de la atención hacia el ámbito de la atención primaria.

Previsiblemente estos cambios acompañaran de una transferencia de recursos hacia la atención primaria. Esto requiere mejorar los mecanismos de gestión en este nivel.

Este desarrollo implicará probablemente la evolución progresiva hacia formas de autogestión, hasta llegar a un escenario donde las unidades de atención primaria bien independientemente o bien agrupadas en estructuras mayores se hacen cargo de la asistencia a una población (responsabilización) con un presupuesto cerrado de base capitativa.

Esta opción es a su vez compatible con la separación de financiadores, compradores y proveedores que se propone para nuestro sistema. También es compatible con la introducción de mecanismos de mercado evitando al introducir un agente de compra informado algunos de los reconocidos inconvenientes del mismo.

La libertad de elección el usuario se ejerce en este sistema al potenciarse la competencia entre unidades y servicios de atención primaria por su clientela, de forma que el dinero sigue al paciente.

El reparto de competencias entre los subsistemas primario y secundario se hace así por criterios de eficiencia y no por intereses de grupos de presión, con lo que el sistema en su conjunto tiende a alcanzar un balance óptimo de recursos.



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)**

## **LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ( I):**

### **Objetivos y fuentes**

---

Figueiras A., Caamaño F. <sup>1</sup>

---

Todo profesional de la salud ha de mantenerse constantemente informado de los avances que se produce en su práctica diaria, para lo cual ha de tener un contacto continuo con las fuentes de información científica. Sin embargo esta tarea no es sencilla dado el número de revistas que se publican en el campo de la salud (5.000) y al incremento de un 6 o 7% por año; así en los cuarenta años de vida del profesional médico esta se habrá multiplicado por 10. Existe, por tanto, un exceso de información y, además, está muy dispersa.

La relevancia de la puesta al día de los conocimientos es aun mayor cuando se plantea una investigación. Así, antes de iniciar una nuevo trabajo parece obligado conocer el estado del tema para evitar repetir estudios ya realizados. Pero es en la propia investigación donde la revisión bibliográfica juega un papel determinante en muchas de sus fases. En la fase conceptual es importante para la construcción de la teoría y para el planteamiento de las hipótesis de investigación: solo se puede elaborar una teoría cuando se conoce mucho sobre ese tema. También es importante para la identificación de todas las "causas" variables o factores que intervienen en la relación objeto de estudio y que han sido descritas en anteriores investigaciones: si alguna variable importante (de confusión o modificadora de efecto) no es medida, puede invalidar los resultados del estudio.

En la fase de diseño, la revisión bibliográfica juega un importante papel ya que permitirá determinar el diseño más adecuado para los objetivos del estudio. Podemos así descartar diseños que en otras investigaciones han presentado problemas de validez. En la fase de discusión debemos de comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios, para lo cual es imprescindible haber realizado una buena revisión bibliográfica.

Es por ello que la revisión exhaustiva de lo publicado, así como la publicación de los resultados obtenidos constituyen hoy pasos inexcusables en el proceso investigador.

Las fuentes de información que el investigador puede utilizar son: libros de texto, artículos en revistas especializadas y resúmenes de conferencias. Por otra parte la profundidad y amplitud de la revisión bibliográfica depende de la naturaleza del documento que pretendemos escribir y de la experiencia y conocimientos que sobre el tema poseamos.

#### **TIPOS DE FUENTES BIBLIOGRÁFICAS**

Las fuentes bibliográficas se pueden clasificar en primarias y secundarias. Sus principales características aparecen recogidas en la siguiente tabla:

	<b>Fuentes primarias</b>	<b>Fuentes secundarias</b>
<b>La descripción la realiza:</b>	La persona que efectúa el estudio	Una persona distinta a la que lo realiza
<b>Fuentes:</b>	Artículos originales	Revisiones, libros
<b>Ventajas:</b>	Permiten captar todos los detalles de las investigaciones. Menos subjetivos.	Identificar las fuentes bibliográficas primarias más importantes
<b>Limitaciones:</b>		No son sustitutos de las fuentes primarias. No son objetivos.

### **Fuentes primarias.**

Las fuentes primarias las constituyen aquellas publicaciones en las que el autor de la investigación es el autor del artículo. La lectura de los artículos originales permite conocer con detalle todo lo que nos interesa sobre la investigación: conocer su metodología y en base a ello su calidad, que será tomada en cuenta a la hora de dar validez a sus resultados.

Sin embargo, debido al gran número de artículos originales que se publican (más de 250 000 por año) es imposible tener acceso a todos ellos, y aún en el caso de tenerlo sería imposible revisarlos. Por ello se hace imprescindible la utilización de índices. Éstos son publicaciones periódicas que recogen los artículos publicados por las revistas incluidas en el índice. Para acceder a los artículos, estos índices poseen varias entradas: por autor, por palabras clave....

Los índices más importantes en ciencias de la salud es el *Índex Medicus*, el *Internacional Nursing Índex*, *Excerpta Médica* y el *Current Contents*. El primero es editado por la *National Library Medicine* de EE.UU. desde 1960 con una periodicidad mensual. Los artículos son agrupados por temas, apareciendo cada uno en 3 ó 4 temas distintos. Al finalizar cada año, la información de los 12 volúmenes se agregan en un índice

anual. Para su consulta se necesita la utilización de un diccionario de palabras clave. También se incluye un resumen del artículo (realizado por los autores del artículo) para buena parte de los artículos.

Otro de los índices es el *Internacional Nursing index*, dirigido a los profesionales de la enfermería y donde se recogen artículos de más de 270 revistas de enfermería y también más de 2700 artículos de enfermería publicados en revistas de otro ámbito. Aparece cuatro veces al año con un índice acumulativo anual.

Se inicia con un diccionario temático aunque no incluye el título y mediante el diccionario, el lector puede encontrar el título.

El *Excerpta médica* constituye un servicio de información médica desarrollada en Europa (Holanda). Recoge unas 4500 revistas, pero no todos los artículos de estas revistas son referenciados. Un grupo de especialistas de *Excerpta Medica Foundation* de Amsterdam los seleccionan por su calidad e interés y, en un 60% de los casos redactan un resumen detallado y crítico del mismo. El acceso a la información se realiza mediante términos libres procedentes del título o del resumen del artículo. Este índice constituye un buen complemento del *Index Medicus* debido a la inclusión de numerosas revistas en lenguas diferentes al inglés.

El *Índice Médico Español* recoge más de



180 revistas españolas y es publicado trimestralmente desde 1965 por el Centro de Documentación Informática y Biomédica de Valencia.

A pesar de que los índices clásicos han supuesto un gran avance frente a la búsqueda manual y extensiva de referencias, con los avances informáticos experimentados en la última década, estos han caído en desuso debido al auge de la búsqueda bibliográfica informatizada. Mediante un sencillo ordenador personal (PC) dotado de un lector de CD-ROM, el investigador puede obtener, casi de forma inmediata, la lista de referencias que cumplen las condiciones que el investigador estableció como criterios de búsqueda. Estos criterios van desde tema de la investigación, autor, año de publicación, idioma, revista... Además, y a diferencia de la búsqueda mediante índices, en la realizada mediante ordenador es posible combinar varios criterios, logrando de esta forma un conjunto de artículos mucho más selectiva. Además su actualización es mensual y no requieren conocimientos informáticos. Así, cada uno de los índices son publicados también en soporte informático. En la tabla siguiente se presentan las bases de datos asociadas a cada índice.

INDICE	Base de Datos
Index Medicus	MEDLINE
Internacional Nursing index	
Experpta médica	EMBASE
Índice Médico Español	IME

De todas maneras, aun realizando una búsqueda informática exhaustiva, podemos no acceder a una buena parte de los artículos de interés debido a que las búsquedas se realizan por palabras clave o por temas, y no siempre

los autores incluyen la palabra clave que el usuario ha empleado para la búsqueda. Por ello es muy útil recurrir a las citas bibliográficas de los artículos más recientes e importantes de los que el investigador disponga. Este sistema es denominado búsqueda ascendente. Se puede considerar que la revisión es aceptable cuando las referencias citadas en los artículos ya obran en poder del investigador.

### Fuentes secundarias.

Son fuentes secundarias aquellas publicaciones que recogen la descripción de un estudio o serie de ellos, realizada por un autor que no es el investigador original. De esta manera, son fuentes secundarias cualquier artículo en revistas o publicación en el que se resume literatura sobre un determinado tema. Las fuentes secundarias a menudo son útiles para introducirnos en el tema de investigación. No obstante no son sustitutos de las fuentes primarias ya que no disponemos de información sobre la metodología y porque la selección de las fuentes primarias realizada por el autor puede estar sesgada o no ser del todo objetivo. Así un libro sobre los efectos nocivos del tabaco puede estar influido por la condición de fumador o no del autor.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

- Argimón Pallas JM Jimenez Vila J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona, Doyma, 1991.
- Hernández Vaquero D. El artículo científico en Biomedicina. Ciba-Geiby S.A. 1993.
- Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Interamericana-McGraw-Hill, México 1994.

<sup>1</sup> Adolfo Figueiras y Francisco Caamaño. Licenciados en Farmacia. Area de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago.

## LIBROS RECOMENDADOS

-- MANUAL DE GERIATRÍA, de Alberto Salgado y Francisco Guillén.

Editorial Masson-Salvat medicina, 2ª edición 1994.

Es un libro para adentrarse en la geriatría, no solo desde un punto de vista estrictamente médico o sino que nos da pinceladas desde la óptica del psicólogo, sociólogo, biólogo, etc.. Que no s clarifican muchos aspectos patológicos y otros que sin llegar a serlo pueden propiciarlos o desencadenarlos.. Es un libro fundamentalmente médico que trata en profundidad la patología general más frecuente que encontramos en las personas mayores.



## NUEVAS REVISTAS BIOMÉDICAS

-- Medicina y Ciencia de la ACTIVIDAD FÍSICA, edición para España de "The physician and SPORTSMEDICINE"

Edita: Díaz de Santos..

Constituye la actualización práctica de los aspectos médicos del ejercicio, deporte y form a física. Está dividida, fundamentalmente, en los siguientes apartados: Noticias breves , Asesoría del ejercicio, Asesoría de Nutrición, Asesoría de rehabilitación y Asesoría de pacientes.

-- REVISTA ESPAÑOLA DEL DAÑO CORPORAL.

Edita: Díaz de Santos..

Constituye una revista fundamentalmente médico-jurídica, tiene carácter semestral y sus secciones más importantes son las siguientes: Comunicaciones, Opinión, Temas para el debate: Sección médica y Sección jurídica, Monografía, Avances científicos de interés en la medicina pericial y Disposiciones legales.



## Novedades bibliográficas Díaz de Santos:

-- NUTRICIÓN PARA EDUCADORES, de José Mataix Verdú y Emilia Carazo Marín, Editorial Díaz de Santos. 1995.

Constituye un libro de fácil lectura que nos introduce en el campo de la nutrición, no sólo se queda en los conceptos básicos sino que nos introduce en el complejo mundo de los alimentos y salud. Todo el libro está salpicado de esquemas y gráficos que no solo permiten una rápida comprensión de los conceptos, sino que cons tituyen un material imprescindible para un educador en nutrición.

librería científico-técnica  
**DÍAZ DE SANTOS, S. A.**  
Rosalía 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 ODONTOLOGIA  
BIOLOGIA  
QUÍMICA  
BIBLIOTECONOMÍA E DOCUMENTACIÓN  
FÍSICA  
DEREITO  
ECONÓMICAS E EMPRESARIAIS  
INFORMÁTICA  
VETERINARIA  
MATEMÁTICAS

Somos especialistas en libros científico-técnicos e diccionarios

## **MANTOUX: ¿Cara ventral o dorsal del antebrazo?**

García Cepeda B.<sup>1</sup>

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Comprobar si existen diferencias significativas en la reacción tuberculínica, según se inocule en la cara dorsal o ventral del antebrazo.

**DISEÑO:** Estudio epidemiológico experimental, realizado en una población humana de 38 individuos.

**RESULTADOS:** No se observaron diferencias significativas en los resultados del test tuberculínico entre los realizados en la cara dorsal y los realizados en la cara ventral del antebrazo.

**CONCLUSIONES:** Consideramos que la zona cutánea de elección para la realización del test de Mantoux es la cara ventral del antebrazo.

### INTRODUCCIÓN:

Ocho años después de que Koch descubriera el bacilo que lleva su nombre, hizo una comunicación en el Congreso de Medicina Interna de Berlín (4-Agosto-1890), sobre un nuevo tratamiento de la tuberculosis. Posteriormente se comprobó la ineficacia de este producto en el tratamiento y su utilidad en el diagnóstico de la infección tuberculosa.

A principios de siglo se describieron diversas técnicas para llevar a cabo el test tuberculínico, como el test cutáneo de Vom Pirquet, el percutáneo de Moro, el conjuntival de Calnette, etc.. Pero a partir de 1908 Charles Mantoux introdujo y desarrolló un método intracutáneo que se ha generalizado y, en la actualidad, es el test propuesto por la OMS.

Como otros muchos test en medicina, el test tuberculínico está sujeto a una variabilidad, pero muchas variaciones inherentes a la administración y lectura pueden ser evitados prestando atención a los pasos a seguir en la técnica a utilizar.

La técnica de Mantoux está descrita con claridad en la literatura, los diferentes autores están de acuerdo en que la zona cutánea de elección para la realización del test tuberculínico es el antebrazo, para unos la cara ventral y para otros autores la cara dorsal.

Nos proponemos como único objetivo del presente trabajo, el comprobar si existen diferencias significativas en la reacción tuberculínica, según esta se inocule en la cara dorsal o ventral del antebrazo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado el test tuberculínico en 38 voluntarios, pertenecientes al personal sanitario del Hospital Gil Casares de Santiago de Compostela.

Se administraron 2 UT de PPD RT 23, en la cara ventral del antebrazo derecho y en la cara dorsal del antebrazo izquierdo, para ello se han utilizado jeringas Plastipak® 27 G 3/8 0.40 x 10.

Según técnica de Mantoux, inyectamos 0.1 ml. de tuberculina, siguiendo el eje longitudinal del antebrazo en el tercio superior, la profundidad de la inyección fue siempre intradérmica, se inoculó lentamente con el fin de evitar daños hísticos.

En todos los casos se formó una pápula con piel de naranja, de siete a 10 milímetros. La lectura se efectuó a las 72 horas según la técnica de Sokal, flexionando el codo hasta formar un ángulo recto, se traza con el bolígrafo una línea recta perpendicular al eje longitudinal del antebrazo, a nivel del mayor diámetro transversal de la induración visible, y comenzando un centímetro, aproximadamente, más allá del borde apreciable de esta induración, ejerciendo una discreta presión sobre la piel, notando de esta forma la resistencia del borde de la induración, repitiendo la misma operación en el lado opuesto.

La distancia entre los extremos de las dos líneas nos indica la medida del diámetro transversal de la induración.

Para evitar errores en la técnica y observación, el test fue realizado siempre por la misma ATS/DUE, adiestrada en la técnica de Mantoux.

## RESULTADOS

La distribución obtenida viene definida por los siguientes datos:

Cara ventral: N= 38		
Media	Stad. Dev.	Rango
7.01	7.78	0.29

Cara dorsal: N= 38		
Media	Stad. Dev.	Rango
7.26	8.01	0.29

Hemos aplicado el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar que la distribución de los datos obtenidos se ajustaba a la ley Normal, comprobándose que no hay diferencias significativas con la distribución Normal.

También se ha realizado el test de comparación de 2 medias de datos apareados, obteniéndose lo siguiente:

Err. Stand.	t-student	P
0.32	-0.83	0.41

Por lo que no hay diferencias significativas.

## CONCLUSIONES

- 1.- No se han encontrado diferencias significativas, en los resultados del test tuberculínico, entre el realizado en la cara ventral y el realizado en la cara dorsal del antebrazo.
- 2.- En nuestra experiencia, consideramos que la zona cutánea de elección es la cara ventral

del antebrazo, ya que es una zona menos pilosa y de piel más fina, lo que facilita el despegamiento de las capas superficiales y la formación de la pápula.

## Bibliografía:

- American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association. "Prueba cutánea de la tuberculina". Am. Rev. Respir. Dis. 124: 356-63. 1981.
- Bleiker M.A., Sutherland L., Styblo K. "Normas para la estimación del riesgo de infección tuberculosa, según los resultados de la prueba tuberculínica, en una muestra representativa de niños." UICT. 64.2. 1989.
- Caminos Marcet J., Aginaga Gaubeca P. "Tuberculina y BCG, importancia epidemiológica." Gac. Méd. Bilbao. 79.6. 1982.
- Dixie E., Snider J.R. "The tuberculin skin test".
- Garbinzu Esteban J.M., Sierra Mir A., et Cols. "Prevalencia tuberculínica positiva a 5 UT RT 23". Gac. Med. Bilbao. 82.5. 19985.
- Lee B. Et Col. "Tuberculous infection in a large urban population". Am. Rev. Respir. Dis. 117: 705-712. 1978.
- Lucas Sánchez R., Beltran Brotons J.L. et Col. "Cribaje tuberculínico en una comunidad escolar rural de Castilla La Mancha". Rev. Semer. 101: 471-75. 1988.
- Manual de prevencio i control de la tuberculosi. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Generalitat de Catalunya. 1981.
- March arbos J., Ortega Calderón A. "Algunos aspectos de la reacción tuberculínica". Rev. PAR 19. 1984.
- O.M.S. "Le test tuberculinique standard de l'OMS". WHO/TB/Tech. Guide/3. 1963.
- Pina Gutierrez J.M., Martín Ramos et Col. "La prueba de la tuberculina". Medicina Integral. 13. 7. 1989.
- Puyuelo T., Lanao et Col. "Prevalencia de la infección tuberculosa en el personal sanitario". Med. Clin. 92. 15. 1989.
- Ruíz Manzano J., Parra O. Et Col. "Detección temprana de la tuberculosis, mediante el estudio de contactos". Med. Clin. 82: 716-718. 1984.
- Sueiro Bendito A. "¿Tiene utilidad clínica el PPD.?". Med. Clin. 82: 716-718. 1984.
- Willian W., Stead M., Lofgren J.P. "Tuberculosis as an endemic and nosocomial infectiion among the ederly in nursing homes num.". New Eng. Journ. 312. 23. 1985.
- Zubillaga Garmendia G., Mateu Baia J. "Prevalencia de la tuberculina positiva en pacientes ingresados en un Hospital General." Gac. Méd. Bilbao. 80. 12. 1983.

<sup>1</sup> Begoña García Cepeda: Supervisora ATS/DUE del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Hospital General de Galicia-Gil Casares de Santiago de Compostela.

## ***Cuando la Educación para la Salud o alguna de sus ramas crea conflictos ( I )***

---

Maceiras García L.<sup>1</sup> / Barros-Dios J.M.<sup>1</sup> / Pereira Soto M.A.<sup>2</sup> / Segovia Largo A.<sup>3</sup>

---

Que el trabajo crea conflictos es algo que no se le escapa a nadie. Si a esto añadimos el trabajo en equipo, añadimos más conflictos (también más alegrías, todo hay que decirlo). Si trabajamos en determinados ambientes o con determinadas poblaciones, podemos convertirlo ya en '*Cómo sobrevivir al evento laboral y no morir en el intento*' o '*Cómo penar en una laboriosa ocupación y disfrutarlo*'...

¿Que de qué hablamos? Bueno... Se nos ocurren varios ejemplos (seguro que a todas y a todos vosotros también)..., pero ahora, que estamos a principios del curso escolar, nos ha salido al paso la Educación para la Salud (EpS) en la Escuela; en ella, trabajar los temas de Drogodependencias, Sexualidad, SIDA... puede ser problemático, y más si se hace con preadolescentes y/o adolescentes. También es verdad que, habitualmente, a la gente de la rama sanitaria nos crean menos problemas a la hora de tocar estos puntos que a la gente de la rama educativa, pero hay que dejar claro que son los educadores y no los sanitarios los *efectores* de esa EpS; podemos trabajar con ellos, pero nunca realizar su tarea.

¿Qué pasa con la Educación Sexual (ES)?... En nuestro medio, prácticamente todo el mundo dice que es buena, tanto las personas liberales como las conservadoras. El *quid* de la cuestión está en cómo llevarla a la práctica... ¡y aquí sí que empiezan ya las desavenencias!...

Son de agradecer los artículos y reseñas que ayudan a desmitificar y desproblematicar. Así, leíamos hace poco tiempo en un periódico de educación:

"La revista *British Medical Journal* ha presentado dos estudios realizados en el Reino

Unido cuyos datos señalan que la Educación Sexual impartida en la escuela no instiga a la promiscuidad e incluso que es la fuente de información preferida por los chicos, mientras que las chicas prefieren acudir a sus madres.

Uno de los estudios compara las conductas y conocimientos sexuales en dos grupos de adolescentes, uno recibió un programa educativo de 25 horas de duración y otro no. Un año después los alumnos contestaron a una encuesta y el número de relaciones sexuales había sido más elevado entre los que no habían recibido las clases.

El programa fué diseñado por un grupo de especialistas de la Universidad de Exeter y se impartió entre unos 400 alumnos, con un coste de 9.000 pesetas por alumno, aunque, en vista del éxito, se ha previsto su extensión a 2.000 alumnos más a partir de este curso." [La Educación Sexual escolar no incita a la promiscuidad. *El Magisterio Español* 6 Sept 1995: 6 (col 6)]

Se está llevando a cabo un trabajo de investigación en la Región Europea de la OMS, sobre la ES en la Escuela, dirigido por Philip Meredith y Fredy Deven. En 1994 se han editado ya resultados parciales de este estudio [*The Other Curriculum*]. No existen en él aún datos de Alemania, Austria, Bélgica francófona, Bulgaria, España, Luxemburgo y Noruega; de los Países Bajos solamente los hay de Holanda.

Los resultados obtenidos hasta ahora en veinte países, se podrían resumir como sigue:

### **1. Cambios en la política de ES en los últimos años.**

Ha habido cambios en ocho países.

En tres de ellos se incluyeron temas de ES

en los programas escolares. En Chipre y Polonia la ES se integró en un programa de EpS, impartido a través de distintas asignaturas, en especial de las *Ciencias naturales*. En Portugal entró a formar parte de una nueva asignatura denominada *Desarrollo personal y social*.

En otros tres cambiaron las directrices gubernamentales en materia de ES. En Dinamarca y Suecia el tema de la sexualidad fué perdiendo importancia e interés, y la ES ha ido siendo frecuentemente olvidada por el profesorado. En el Reino Unido se redujo a aspectos meramente biológicos.

Italia intentó aprobar una ley de ES en el Parlamento, con poco éxito.

La Bélgica flamenca inició programas de prevención del SIDA y educación sobre sexualidad y relaciones.

## **2. Integración oficial de la ES en el sistema educativo.**

No existe en el programa en: Grecia, Irlanda, Italia, Rumanía y Rusia.

Sólo algunas materias de ES están en el programa en: Albania, Bélgica flamenca, República Checa, Chipre, Eslovaquia, Finlandia, Francia, Holanda, Hungría, Polonia, Reino Unido y Turquía.

Existe en el programa en: Dinamarca, Portugal y Suecia.

La forma en que la ES está incluida en los programas educativos de los distintos países es muy variada. En algunos no forma parte de una asignatura especial, sino que puede estar dentro de cualquiera de ellas. En otros queda ceñida a asignaturas como *Biología*, *Salud* o *Ciencias naturales*. Y en otros hay asignaturas específicas que tratan la ES, como es el caso de: *Educación de la vida familiar* en la República Checa, Eslovaquia y Turquía, *Educación sobre vida* en Francia, *Preparación para el matrimonio y la vida familiar* en Polonia, y *Desarrollo personal y social* en Portugal.

En muchos de estos países la ES no es obligatoria, y el cómo debe impartirse queda en manos de los consejos escolares, jefes de

estudios o coordinadores.

## **3. Contenidos de la ES.**

En este estudio se refieren a las directrices que, sobre este tema, marcan los distintos Ministerios de Educación.

Algunos países aluden a la ES para niños: Dinamarca, Finlandia, Francia, Portugal, Suecia y Turquía. Siendo los contenidos más usuales el cuerpo humano y las diferencias y papeles/modelos sexuales.

La ES en la preadolescencia se contempla en: Albania, Bélgica flamenca, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Holanda, Hungría, Polonia, Portugal y Suecia. Los contenidos más comunes son: los factores biológicos de la reproducción, los cambios en la pubertad y la higiene personal.

La adolescencia es el grupo de edad que toman como *población diana* todos los países que incluyen la ES en sus programas educativos. Aquí son los factores biológicos de la reproducción, la anticoncepción, y SIDA y ETSs los apartados más contemplados. Otros apartados de la sexualidad y las relaciones interpersonales (amor y sexualidad, homosexualidad, actitudes, papeles/modelos sexuales...) son reflejados también por un número significativo de países.

## **4. Directrices oficiales sobre la ES.**

En la mayoría de los países existen estas directrices; a excepción de: Chipre, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Rumanía, Rusia y Turquía.

Distintos profesionales han evaluado las características de estas instrucciones como:

a.- Conservadoras en: Reino Unido.

b.- Preventivas en: Albania, Bélgica flamenca, República Checa, Eslovaquia, Finlandia y Francia.

c.- De acercamiento positivo a la sexualidad en: Dinamarca, Polonia, Portugal y Suecia.

## **5. Evaluaciones de diversos profesionales sobre los programas nacionales de ES.**

Como ya se sabe, una cosa es la teoría y otra la práctica. Así que los mismos

profesionales del párrafo anterior, han evaluado los programas llevados a cabo como:

a.- Conservadores en: República Checa, Chipre, Eslovaquia y Turquía.

b.- Preventivos en: Bélgica flamenca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia y Reino Unido.

c.- De acercamiento positivo a la sexualidad en: Albania, Dinamarca, Holanda, Polonia, Portugal y Suecia.

## 6. Oportunidades para la formación de l profesorado.

La formación es clave en la promoción de programas de ES positivos y globales, y en el acceso de niños y jóvenes a estos programas.

Sólo Dinamarca, Holanda y Suecia disponen de una amplia gama de programas de formación. En el resto de los países, los profesores tienen pocas oportunidades de recibir esta formación, o ninguna, como es el caso de Hungría, Rumanía, Rusia y Turquía.

## 7. Opinión pública sobre la ES.

Se baremó en una escala de '1 = mucha oposición' a '9 = buena aceptación'. Los resultados fueron:

1: -

2: -

3: Albania.

4: Holanda e Italia.

5: República Checa, Francia, Reino Unido, Rusia y Turquía.

6: Bélgica flamenca, Eslovaquia, Grecia, Hungría y Rumanía.

7: Irlanda y Portugal.

8: Chipre y Polonia.

9: Dinamarca, Finlandia y Suecia.

## 8. Acceso a la ES.

Se baremó en una escala de '1 = niños y jóvenes no tienen acceso a la ES en la escuela' a '9 = niños y jóvenes tienen fácil acceso a la ES en la escuela'. Los resultados fueron:

1: Grecia, Rumanía y Rusia.

2: República Checa y Hungría.

3: Chipre, Irlanda, Italia, Polonia, Portugal, Reino Unido y Turquía.

4: Albania, Eslovaquia y Francia.

5: -

6: Bélgica flamenca.

7: -

8: Dinamarca y Holanda.

9: Finlandia y Suecia.

Posiblemente éste es uno de los datos más relevante de este estudio. Pese a los cambios sociales y educativos, y a la preocupación surgida en torna al SIDA, el acceso a la ES está bastante restringido en casi toda Europa, con la excepción de los países escandinavos, Bélgica flamenca y Holanda. Pese a que, como hemos visto en los datos del párrafo anterior, la opinión pública es favorable.

## 9. Papel de otros profesionales.

En la mayoría de los países europeos, profesionales sanitarios y de planificación familiar son los principales proveedores de ES, o, al menos, participan en la ES impartida en la escuela; excepto en Grecia, Polonia y Turquía.

Las principales actividades de ES llevadas a cabo en las escuelas son: programas de formación de profesores y/o cooperación con ellos, conferencias a jóvenes y/o padres, y provisión de materiales educativos.

## 10. Opiniones finales.

Hay que tener en cuenta que, como el trabajo de investigación todavía se encuentra en marcha, los resultados, de momento, son provisionales; además, hay países de los que no existen aún datos. Pero, a pesar de todo, en estas conclusiones, los autores intentan darnos ya una idea de como está la situación general:

== El estudio recoge una imagen de Europa que no puede ser considerada muy positiva, y que contempla importantes diferencias regionales. Los países escandinavos, Bélgica flamenca y Holanda son los únicos donde la ES en la escuela es impartida correctamente, o, al menos, han *aprobado* con los baremos establecidos. En el resto de Europa sigue existiendo una *resistencia* que impide un amplio y libre acceso a la ES a sus principales destinatarios: niños y jóvenes, y a los educadores:

profesores y padres.

== Los últimos acontecimientos sucedidos a nivel político y que han afectado a la ES, mostraron diferentes y contradictorias tendencias. En muchos países los sistemas educativos han introducido asignaturas relacionadas con la ES, aunque tratan principalmente la prevención del SIDA. En otros, como Portugal, recientes reformas educativas intentaron responder a presiones de distintos grupos, introduciendo una política de ES, que para nada transformó el sistema existente. En Italia y Polonia se sucedieron importantes discusiones sobre el tema con poco éxito. Finalmente, en los países del norte (Dinamarca y Suecia) y Reino Unido, la ES ha sido atacada y sujeta a enmiendas negativas, lo que pone de manifiesto la inestabilidad de las políticas en ES (aunque a lo mejor lo que pone de manifiesto es la inestabilidad de *todas* las políticas, y el hecho de que las sociedades van cambiando y también sus conceptos sobre lo que está mejor o peor; esta opinión es nuestra, no de los autores del estudio).

== En muchos países existe un vacío importante entre los programas educativos y el acceso real de niños y jóvenes a ellos.

== La ES sigue siendo un asunto polémico en varios países de Europa, tanto a niveles altos del sistema político y educativo, como a niveles locales.

Son factores facilitadores de la ES en la escuela:

- La existencia de oportunidades de formación para el profesorado.
- La existencia de programas especiales de

educación o salud sexual dentro del sistema educativo.

- La existencia de directrices claras y detalladas, dadas por autoridades en ES.
- El apoyo y asesoramiento técnico de profesionales de planificación familiar, sanitarios, otros organismos gubernamentales y ONGs a colegios y educadores.
- La elaboración de materiales educativos.
- El favorecer la accesibilidad de los jóvenes a la atención sanitaria en planificación familiar.

A pesar de todo lo dicho, creemos que conviene tener en cuenta un par de cosas:

- a) Un programa educativo insatisfactorio, puede ofrecer siempre un espacio para el desarrollo de un programa más completo;
- b) Hay que ser cautos con las evaluaciones hechas en los parágrafos 4, 5, 7 y 8; las diferencias culturales, sociales, educacionales, de formación, etc. pueden hacer incomparables las mismas encuestas en distintos países, dado que unos profesionales más exigentes, con un sistema educativo o sanitario mejor, pueden estar más insatisfechos que otros profesionales con peores sistemas.

Estamos trabajando sobre otros datos que poseemos de estos y otros países. En breve tendremos más resultados que os podremos ofrecer.

L. Maceiras García<sup>1</sup> / J.M. Barros-Dios<sup>1</sup> / M.A. Pereira Soto<sup>2</sup> / A. Segovia Largo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago.

<sup>2</sup> Servicio de Ordenación y Gestión de Atención Especializada, Dirección General de Asistencia Sanitaria, SERGAS.

<sup>3</sup> Colegio Público Rural Agrupado de Teo, Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.



## *Evaluación de un Programa de Prevención y Educación para la Salud*

---

Crespo Vázquez M.F., Zugaza Gurruchaga L., Pereiro Frances J., Blanco Nieves I., Cabanelas Ferrin E. <sup>1</sup>

---

Las actuaciones de este programa se dirigían a un total de 3.825 niños, 2.617 menores de 4 años, y 1.208 entre 5 y 7 años. Se evalúan los controles de salud realizados de enero a junio de 1.991 (correspondientes al primer año de funcionamiento del centro).

Este trabajo responde a una necesidad, avalada por los objetivos de la estrategia fundamentada en el programa de la O.M.S "salud para todos en el año 2.000". Y se encuadra dentro de las actividades de Atención Primaria, entendida como una atención integrada, integral, activa, comunitaria e investigadora.

### **INTRODUCCIÓN**

Se entiende que el concepto de Atención Primaria de Salud (APS), es un conjunto de actividades, un nivel de asistencia, una estrategia y una filosofía, que pretende adecuar el sistema sanitario en su nivel primario, puerta de entrada del sistema, a las necesidades de una población de finales del siglo XX.

Dentro de este conjunto de actividades inherente al concepto de APS esta incluida la Educación para la Salud, ya que se considera como un elemento primordial y de un valor inestimable para la prevención de determinados procesos, siendo la herramienta que permite modificar o establecer conductas y comportamientos de forma que la población adquiriera "Hábitos saludables".

La APS debe ser programada y evaluable, por lo que debe basarse en programas de salud con objetivos, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación.

### **OBJETIVOS**

Realizar la evaluación (estructura, proceso y resultados):

- 1- De la estructura del programa de controles de salud.
- 2- De la Promoción de la salud realizada mediante educación sanitaria dirigida a los padres y a los niños. Adquisición y mantenimiento de hábitos sanos.
- 3- Porcentaje de niños vacunados en relación a la población cubierta, de acuerdo con el calendario vacunal vigente en la Comunidad Autónoma Gallega.
- 4- Nº de determinaciones de PPD.
- 5- Grado de cumplimiento en la cobertura de datos de la Historia Clínica, con especial referencia a la mediciones antropométricas, exploración clínica general y buco-dental.
- 6- Las actividades desarrolladas en función de los objetivos a conseguir.
- 7- De los objetivos que se habían propuesto alcanzar con el programa, porcentaje alcanzado de cumplimiento y valoración global del logro conseguido con este programa.
- 8- De los recursos tanto materiales como humanos con los que se ha contado para llevar a cabo este programa.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

El diseño de este trabajo corresponde a un estudio descriptivo-analítico y la información se obtiene del estudio de las Historias Clínicas correspondientes a la población diana.

#### **Fuentes de datos:**

- Censo oficial (INE) de la población del Ayuntamiento de Cangas de 1981.

- Certificados de nacimiento del Juzgado de Cangas entre 1984 y 1990.
- Historias Clínicas Pediátricas del C.A.P. de Cangas, correspondiente a la población diana.

**Recogida de datos:**

Se estudiaron 441 historias evaluando los controles de salud de Enero a Junio de 1991.

De estas historias:

50 corresponden a R.N.

285 corresponden a niños de 1 mes a 2 años

106 corresponden a niños de 4 a 6 años

En cada Historia Clínica se analizaron los siguientes puntos para su evaluación:

1 - IDENTIFICACION.- Que estuviera escrito correctamente el Nombre y Apellidos del niño, la Fecha de Nacimiento, Dirección y Teléfono, Nº de S.S. y Nombre de los tutores.

A la Historia totalmente cumplimentada se le asignó 1 punto, y si faltaba algún dato 0 puntos.

2 - NIVEL DE CAPTACION.- Se contabilizó el nº de niños que entraron en programa en esas fechas, comparándolo con la población cubierta, agrupándolos de la siguiente manera:

Grupo 1: < 1 mes

Grupo 2: 1 mes a 2 años

Grupo 3: 4 y 6 años

3 - Nº DE CONTROLES DE SALUD.- Se contabilizaron los controles de salud de acuerdo con el protocolo existente en la Historia Clínica y que corresponde a las siguientes edades:

- Primer control: Entre 9 y 15 días de vida.

- Sucesivos: 1 mes, 3 meses, 5 meses, 7 meses, 11 meses, 15 meses, 18 meses, 2 años, 4 años y 6 años.

En cada niño se contabilizó el número de controles de salud que tenía realizado, analizando en cada control el grado de cumplimentación de los datos de la Historia Clínica: mediciones antropométricas, exploración clínica general, desarrollo psicomotor y exploración buco-dental. Para posteriormente relacionarlos con los controles

que debería tener según la edad y en el periodo de tiempo estudiado.

4 - INMUNIZACIONES.-

- Bien vacunado 1 punto.

- Mal vacunado 0 puntos.

5 - MANTOUX.-

- Realizado y tenía que estarlo 1 pto.

- No realizado y tenía que estarlo 0 pto.

- No realizado y no tenía que estar realizado 1 punto.

6 - Vitamino-profilaxis antirraquítica.-

- Constancia de la administración de vitamina D, 1 punto.

- No constancia de la administración de vitamina D, 0 pts

7 - ADMINISTRACIÓN DE FLUOR.-

- Constancia de la administración de F1 1 punto.

- No constancia de la administración de F1 0 puntos.

8 - EDUCACIÓN PARA LA SALUD.- Se valora la constancia en la Historia Clínica de haber informado sobre higiene, régimen de vida, alimentación y prevención de accidentes.

- Cumplimentación total 1 punto.

- No cumplimentación o cumplimentación parcial 0 punt.

**RESULTADOS.-**

CAPTACIÓN:

1.- En el grupo de menores de un mes:

Pobl. diana < 1 mes	Pobl. captada		Objetivo	
	N	%	%	cumpl.
70	50	71.42	50	> 100

2 - En el grupo de 1mes a 2 años:

Pobl. diana 1 m. - 2 a.	Pobl. captada		Objetivo	
	N	%	%	cumpl.
535	285	53.27	50	> 100

3 - En el grupo de 4 - 6 años:

Pobl. diana 4. - 6 años	Pobl. captada		Objetivo	
	N	%	%	cumpl.
366	106	28.90	10	> 100

IDENTIFICACION.-

Pobl. captada	Población identificada				Objetivo
	Correctamente		No correct		
	N	%	N	%	%
441	438	99.31	3	0.69	100

Nº DE CONTROLES DE SALUD.-

Edad	Controles teóricos	C. realizados	
		N	%
< 1 mes.	410	396	96.58
1 m - 2 a.	198	187	94.40
4-6 años	106	99	93.39

Nº DE INMUNIZACIONES REALIZADAS.-

Pobl. diana	Población inmunizada				Objetivo
	Correctamente		No correct.		
	N	%	N	%	%
391	380	97.19	11	2.81	100

MANTOUX REALIZADOS.-

Pobl. diana	Mantoux				Objetivo
	Realizados		No realizados		
	N	%	N	%	%
300	289	96.33	11	3.67	100

Vitamina-profilaxis antirraquítica.-

Pobl. diana	Vitamina D <sub>3</sub>				Objetivo
	Adm.		No adm.		
	N	%	N	%	%
188	163	86.70	25	13.30	100

ADMINISTRACION DE FLUOR.-

Edad	Pobl. diana	Fluor			
		Adm.		No adm.	
		N	%	N	%
6 - 12 m.	124	85	68.55	39	31.45
1-2 años	168	121	72.02	47	27.98
4-6 años	106	86	81.13	20	18.87

EDUCACION PARA LA SALUD.-

Pobl. contr.	Educación para la Salud				Objetivo
	Realizada		No realiz.		
	N	%	N	%	%
707	643	90.94	64	9.06	100

RESULTADO GLOBAL DEL PROGRAMA:

Pobl. contr	Controles efectuados				Objetivo
	Correct.		No correct		
	N	%	N	%	%
707	491	69.95	216	31.45	100

## DISCUSIÓN

En este trabajo evaluamos el grado de cumplimiento de las Hojas correspondientes a los controles de Salud de las Historias clínicas de la población estudiada, de acuerdo con unos niveles o standars preestablecidos, que aparecen impresos en la historia clínica y en las hojas adyacentes.

El periodo evaluado es de 6 meses, si bien hay que hacer la salvedad de que corresponde al primer año de funcionamiento del E.A.P., por lo que no se puede exigir lo mismo a un EAP que llevase funcionando con anterioridad.

Las edades en las que se realizan los controles de salud pensamos que son las adecuadas por valorar el desarrollo evolutivo del niño y detectar problemas que, de no hacerlo, podrían llevar a un daño irreversible.

Sin embargo añadiríamos en el diseño del programa una consulta prenatal, con el fin de instruir a la futura madre en el cuidado del niño.

El contenido de los controles de salud en las distintas edades nos parece muy completo ya que abarca además de la exploración física y psicomotriz del niño la educación en las normas higiénico sanitarias adecuadas, prevención de accidentes, vacunación y profilaxis de raquitismo y caries dental.

Al evaluar el programa hemos observado un índice alto en el grado de captación de la población diana, que sobrepasa los objetivos propuestos por el personal de pediatría elaborados en la fase previa a la realización del programa. Es posible que el porcentaje fijado como objetivo parezca pequeño, sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata del primer año de funcionamiento del E.A.P y por lo tanto, durante este periodo se llevo a cabo la organización técnica, funcional y administrativa del equipo.

De los datos analizados nos parece que es

más fácil la captación en edades tempranas, siendo mucho más fácil en recién nacidos y más difícil en niños de 4 - 6 años, ello pudiera ser debido a la influencia de los siguientes factores:

- Existencia de un mayor control e información en la mujer gestante.
- Asistencia de los partos en hospitales y clínicas maternas desde donde se informa a la madre de la necesidad de revisión pediátrica del R.N.
- Aceptabilidad del calendario vacunal en la población, en líneas generales en un país sanitariamente desarrollado como el nuestro.
- Una mayor preocupación de los padres hacia los niños en edades más tempranas.

Por lo cual habría que reconsiderar las estrategias encaminadas a incentivar o motivar a los padres para que acudan a los controles de salud cuando el niño es mayorcito, bien sea a través de la educación para la salud, bien sea por medio de la captación cuando acuden a la consulta por otros motivos.

Al contrastar los diferentes items del programa desde el punto de vista de la evaluación de una correcta cumplimentación, observamos:

- Identificación: el grado de no cumplimentación que supone el 0,69%, creemos que es debido a un fallo humano al cumplimentar manualmente los datos personales del individuo (fecha de nacimiento, nombre y apellidos, N°SS, dirección y nombre de los tutores) los cuales forman parte del registro de las historias en el método de archivo. Este error se subsanaría si existiese en el centro un sistema informatizado.
- N° de controles de salud: hasta los dos años de edad se puede evaluar prácticamente en el 100% el seguimiento del programa.

Esto se puede deber a que el personal sanitario da la cita (consulta programada) para el

control siguiente, además en estas edades las pautas de vacunación son más próximas en el tiempo y coinciden con los controles de salud.

- Vacunaciones: prácticamente en todos los niños que entraron en programa se cumplió el calendario vacunal. Desde el punto de vista del objetivo propuesto por la comunidad autónoma de Galicia consistente en alcanzar un 85% de cobertura vacunal, observamos que en este E.A.P se obtiene un 97,19%, cifra que consideramos más que aceptable aunque no alcance los objetivos marcados.

- Vitamino profilaxis antirraquítica: en este caso la incumplimentación es mayor posiblemente a causa de la excesiva burocracia a cumplimentar.

- Administración de fluor: la constancia de haber administrado fluor es mayor en niños de 4 y 6 años que en las otras edades, esto pensamos que es debido al mayor hincapié que se hace en la higiene bucodental en los controles correspondientes a estas edades, no a una falta de administración del mismo.

- Educación sanitaria: el aceptable cumplimiento en este punto puede ser debido a la gran importancia que en A.P. se da a la prevención de accidentes y enfermedades.

## CONCLUSIONES

1.- El programa de Controles de Salud realizado en Cangas de Morrazo durante los 6 primeros meses de 1991 nos parece viable y acertado.

2.- En este programa deberían introducirse evaluaciones periódicas para modificar las carencias que se detecten con la instauración del mismo.

3.- En cuanto a la captación de niños de 4-6 años deberían buscarse los mecanismos para motivar a la población que acuda a realizar los mecanismos correspondientes, pudiendo ser

uno de los mismo las cartas personalizadas recordando tal circunstancia y exponiéndole los riesgos que asume de no hacerlo.

4.- Un fallo detectado y fácilmente corregible es la cumplimentación incompleta de las hojas correspondientes a los controles de Salud especialmente las casillas correspondientes a la vitamino-profilaxis y al fluor.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Congreso sobre A.P. al escolar y adolescente. INSALUD 1991
- Día Gómez M. "Atención integral al niño y al adolescente. Ed. Síntesis. Madrid 1.994.
- Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica. Definiciones y Métodos de Evaluación. La Prensa Mexicana, Mexico, 1.980.
- Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. "Evaluación del desarrollo en Galicia de la estrategia SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000". F.A.D.S.P. Madrid 1991.
- "Galicia pueblo a pueblo". Xunta de Galicia. Voz de Galicia. 1994.
- Gallo Vallejo F.J. y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ed. I.M.& C. Madrid 1.993.
- Gonzalez A. "Teoría y práctica de la Atención Primaria en España". INSALUD. Madrid 1990.
- Gonzalez Dagnino, A."Programación y protocolización".SEMER año XVI.nº122.Abril 1.990.
- Gonzalez Dagnino, A. Administración por objetivos.FISS.Madrid,1.991.
- Martín A., Cano J. "Manual de Atención Primaria: Organización y pautas de actuación en consulta". Doyma. Barcelona 1989.
- Martín Zurro A., Cano Pérez J. "Manual de Atención Primaria". Doyma. Barcelona 1989.
- Mazarrasa L. "Educación para la Salud en Atención Primaria". Escuela Nacional de Sanidad. Madrid 1992.
- OMS. Alma-Ata. "Atención Primaria de Salud". OMS-UNICEF. Ginebra 1978.
- Pineault, R. La planificación sanitaria. Masson, Barcelona 1.987.
- Taylor Robert B. Medicina de Familia Principios y Practica. Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1.995.
- Tojo R. "Medicina escolar". Xunta de Galicia 1984.

<sup>1</sup> Equipo de profesionales pertenecientes al EAP de Cangas y al Centro de Salud de Conxo. SERGAS.

## **Cursos, Congresos y Jornadas:**

- 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 SEESPAS y XIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona del 25 al 27 de Octubre de 1995. Teléfono 93-4024250.
- Diploma de gestión aplicada en Servicios de Salud. Valencia, octubre-diciembre de 1995. IVESP. Juan de Garay nº 21 46017 Valencia. Telef.: 96-3869369
- 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.
- "1º Congreso Luso-Galego de Medicina Familiar e Comunitaria". En Oporto durante los días 14-16 de marzo de 1996. Teléfono: 02-8302745. Fax: 02-8303558. Oporto



### **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.
- 5.- Los artículos o colaboraciones deberán estar escritos en gallego, castellano o portugués.

## Profilaxis antitetánica

De acuerdo con el calendario vacunal vigente en la Comunidad Autónoma de Galicia, se administra la vacuna antitetánica 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
DTP		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>		4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>			
Td										Rec

Abreviaturas: DTP : Difteria, tétanos y pertusis (tosferina).  
Td : Tétanos y difteria tipo adulto.  
Rec.: Dosis de Recuerdo.

La vacuna antitetánica se prepara con toxoide tetánico (anatoxina), la administración de la vacuna se realiza a los 2-4-6-18 meses, a los 6, 14 años y repetir cada 10 años. La primovacunación en adultos consiste en la inoculación intramuscular de 3 dosis de 0.5 ml de toxoide tetánico con un intervalo de 6 semanas (mínimo) entre la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> y de 6 a 12 meses entre 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup>, generalmente se suele administrar asociada a toxoide diftérico tipo adulto, y administrar una dosis de recuerdo cada 10 años.

**La vacunación completa comporta el 100 % de efectividad.**

La profilaxis antitetánica en las heridas es:

- == Pacientes con inmunización completa y última dosis < 5 años:
  - . Heridas limpias: Nada.
  - . Heridas sucias: 1 dosis Td.
  - . Heridas muy sucias.: 1 dosis Td y 500 UI de Ganmaglobulina antiTetánica.
  
- == Pacientes con inmunización completa y última dosis > 5 años:
  - . Heridas limpias: 1 dosis Td.
  - . Heridas sucias: 1 dosis Td y 500 UI de Ganmaglobulina antiTetánica.
  
- == Pacientes dudosos o con inmunización incompleta:
  - . Heridas limpias: 1 dosis Td. y completar inmunización.
  - . Heridas sucias: 500 UI de Ganmaglobulina antiT, 1 dosis de Td y complementar inm..

La vacuna del tétanos está considerada como una de las de más eficaces y el tétanos como una enfermedad de muy mal pronóstico, por lo que es de **vital** importancia estar correctamente vacunado.

*¿Por qué sólo los perros tienen el calendario vacunal al día?  
¿Por qué se siguen utilizando las playas como pistas ecuestres ante la pasividad de autoridades civiles y sanitarias, si está totalmente prohibido?.*