BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES

CENTRO DE..... NUM.....

CABEZA DE FAMILIA..... FECHA.....

Componentes	Lugar N.	Fecha N.	Sexo	Profesión	Ocupación	N.C.	Hª C.	Nº historia
Padre:								
Madre:								
Hijos: 1º								
2º								
3º								
4º								
5º								
6º								
Otros compon.								

DIRECCION:	Calle	Nº	Piso	Tfno.	Distrito	Sección

CENTROS DE TRABAJO	Componentes	Empresa	Dirección	Tfno.

Nº dormitorios..... Ventilan..... M_2..... Año de Constr..... Electricidad,.....
Animales que posee..... Agua: Red públ..... Pozo..... Otros.....
..... Excretas: Pozonegro. ..... Campo libre..... Alcant.....
..... Nº plantas vivienda..... Régimen vivienda.....
..... Casa: Planta baja..... 2 o más pisos.....

HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN MURCIANA

AÑO 1984 - JULIO-AGOSTO
VOL. IV, NUMS. 7-8
BOL. S. R. M. IV, 117-132

ÍNDICE Pág.

Juan Enrique Pereñíguez Barranco, Francisca Dorador Atienza, José Rodríguez Fernández, José Javier Herranz Valera, Magdalena Gascón García: EVALUACIÓN FORMAL SOBRE UN MODELO DE HISTORIA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA 119

RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS 127

LEGISLACION SANITARIA 128

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (Julio-Agosto) 129

NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

Normas de presentación y redacción

Los trabajos deberán estar mecanografiados a doble espacio y su extensión se atendrá a las siguientes pautas:

a) Trabajos de investigación, artículos de revisión y puesta al día de un tema sanitario, artículos de debate; salvo casos específicos y plenamente justificado, el máximo, como norma, será 8 folios Din A4 (aprox. 2.500 palabras), incluidas tablas o gráficas que, normalmente, no deberán ser más de 6. Las gráficas, dibujos o fotografías serán utilizados sólo cuando los datos no puedan ser claramente expresados de otro modo, y deberán ser presentados a tinta, en blanco y negro y sobre papel que permita su reproducción (papel satinado, papel vegetal).

En estos trabajos, el autor o autores incluirán en hoja aparte: 1) un resumen que no exceda en ningún caso las 80/100 palabras (8-10 líneas mecanografiadas); de no ser enviado este resumen, se entiende que el autor o autores aceptan el que haga la redacción de la revista; 2) algunas palabras clave para su clasificación; 3) una breve nota que identifique al autor o autores (nombre y apellidos y cargo que ocupan).

b) Notas o informes breves sobre algún tema de investigación o de actualidad sanitaria o sobre recensión crítica de alguna publicación de especial interés: el máximo, como norma, será 3 folios Din A4 (aproximadamente 900 palabras). En estos trabajos, el autor o autores incluirán únicamente una breve nota de presentación biográfica en los términos definidos para los trabajos del grupo anterior.

Las referencias bibliográficas

que se procurará reducir a las imprescindibles, serán citadas al final del artículo con la misma secuencia numérica en que aparecen las correspondientes llamadas en el texto.

La forma de citar la bibliografía será la habitual en las revistas científicas:

Artículos de revista: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del artículo, nombre de la revista (subrayado) y, si es el caso, en abreviatura, tomo o volumen y número, páginas, año.

Libros: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del libro (subrayado), ciudad edición, editorial, año.

Las notas a pie de página

serán identificadas mediante asterisco y mecanografiadas en la parte baja de la página de que se trate.

Criterios de aceptación de originales

Tendrían preferencia aquellos artículos que hagan referencia a problemas de Salud Pública del ámbito regional de Murcia. Sobre esta base, el Boletín recibirá la colaboración de todos los profesionales sanitarios, con la condición de que el tratamiento de los temas se mantenga dentro de los niveles aceptables de metodología y de competencia profesional.

Dos o más expertos de entre los miembros del Consejo de Redacción, revisarán los originales para proceder a su aceptación definitiva.

Para facilitar todo el proceso y asegurar la devolución de los trabajos no aceptados, es conveniente que los originales se envíen por correo certificado, o se entreguen en mano por triplicado.

El Consejo de Redacción asume la responsabilidad de los editoriales cuando éstos no vayan firmados. En los editoriales firmados y en el resto de los trabajos, las ideas expuestas son de responsabilidad de sus autores y el Boletín no se identifica necesariamente con ellos.

Correspondencia

Deberá dirigirse al Director del Boletín de Salud de la Región Murciana:

Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales
Ronda de Levante, 11
MURCIA-8.

CONSEJO ASESOR DEL BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
José María MORALES MESEGUER
Ilmo. Sr. Vice-Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,
Francisco MARTÍNEZ PARDO
Ilmo. Sr. Director Regional de Salud
Ilmo. Sr. Director Provincial de Sanidad y Consumo
Ilmo. Sr. Decano Facultad de Medicina
Ilmo. Sr. Decano Facultad de Veterinaria
Ilmo. Sr. Decano Facultad Biológicas

Consejo de Redacción

P. Alonso, F. Galván, A. González Palacios, P. Marset Campos, A. Martínez, C. Navarro, P. Parra, A. Peñuela, J. A. Sánchez Sánchez, J. Saura, J. M. Sebastián Raz, P. Saturno

Directora: Dra. Elvira RAMOS GARCÍA

Edita:
Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales

Diseño gráfico:
Tip. San Francisco, S. A.

Fotocomposición:
Tip. San Francisco, S. A.

Imprime:
Tip. San Francisco, S. A.
San Nicolás, 31 - Murcia

Depósito Legal:
MU-491-1981

Evaluación formal sobre un modelo de historia clínica en atención primaria

JUAN ENRIQUE PEREÑÍGUEZ BARRANCO - FRANCISCA DORADOR ATIENZA - JOSÉ RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ
JOSÉ JAVIER HERRANZ VALERA - MAGDALENA GASCÓN GARCÍA
Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria

INTRODUCCIÓN

La historia clínica, como eje básico del diagnóstico y seguimiento de los pacientes, había sido hasta ahora casi privativa del medio hospitalario.

El hecho de que actualmente se está introduciendo en Asistencia Primaria (A.P.) es de gran trascendencia y supone el control del paciente, no ya con los datos que puede proporcionar su patología, sino también del ambiente en que se mueve, factores que por otro lado pueden estar implicados en la génesis de su propia patología.

Queremos decir, en definitiva, que es la modificación de la óptica individualista que el hospital aplica a los pacientes, por otra de tipo plural donde los factores patológicos, epidemiológicos, demográficos, comunitarios, etc., tengan cabida y nos hagan ver al paciente como un TODO.

Esto implicaría que podríamos cuantificar datos relativos a la población, y conocer de una forma fiable su estado de salud, pudiendo actuar de forma preventiva en el origen de los problemas e intentando hacer fomento de salud, obteniendo en definitiva una mejoría de la calidad de vida de la población.

En este trabajo se hace una reflexión sobre la importancia que tiene la recogida de algunos parámetros a la hora de confeccionar una historia clínica en A. P., haciendo hincapié en aspectos de forma y no de contenido científico de las historias revisadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han utilizado en este trabajo las historias clínicas de que disponemos en los sectores 1, 4 y 5 de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Algezares (Murcia).

Analizamos 186 historias clínicas, elegidas de forma aleatoria, una de cada cuatro del total de historias de los sectores anteriormente citados. Corresponden a los años 1981, 1982 y 1983.

De dichas historias hemos seleccionado un total de 43 variables o parámetros, que agrupamos en los siguientes apartados o epígrafes:

1. Datos anagráficos. I

- Nombre y apellidos.
- Número de historia clínica.
- Número de cartilla de la seguridad social.
- Calle, número y piso.
- Lugar de nacimiento.
- Fecha de nacimiento.
- Estado civil.
- Sexo.
- Profesión.
- Ocupación.

2. Utilización de servicios

- Número de consultas mes (es decir, el número de consultas demandadas por el paciente en dicho mes, la fecha de dichas consultas, si es la primera o la segunda vez que vemos al enfermo por dicho problema, si está ausente o presente en el momento de la consulta y el tipo de consutla de que se trate, a ser: médica, domiciliaria, renovar medicación o administrativa).
- Último mes (donde se realiza un resumen de lo anterior).
- Problema (aquí se incluye el número de clave según el WONCA, fecha de comienzo del problema, fecha de resolución y observaciones).

3. Datos anagráficos. II

- Centro.
- Nombre del médico.
- Nombre y apellidos del enfermo.
- Número historia familiar.
- Número ficha familiar.

4. Antecedentes personales

— Enfermedades de la infancia.
— Enfermedades infecciosas.
— Enfermedades sistémicas.
— Traumatismos.
— Hospitalizaciones.
— Hábitos.
— Alergias.
— Uso de medicamentos.
— Vacunación antitetánica.
— Historia laboral.

5. Antecedentes familiares

— Consanguinidad.
— Causas de muerte familiar.
— Enfermedades endocrinas y heredodegenerativas.

6. Exploración

— Exploración general por aparatos.
— Toma de Tensión Arterial en mayores de 15 años según protocolo de HTA.
— Realización de Labstix para detección de glucosuria en mayores de 45 años, según protocolo de diabetes.

7. Enfermedad actual

— Motivo de consulta.
— Historia actual.
— Orientación diagnóstica.
— Exploraciones complementarias.
— Tratamiento.
— Revisiones.
— Firma del médico.

Con estas variables hemos realizado un cálculo de frecuencias absolutas y relativas, expresándolas como: «constan», «no constan», «no proceden» y la frecuencia expresada en tanto por ciento de cada una de ellas.

RESULTADOS

En el apartado de Datos Anagráficos I (tabla 1, gráfica 1), aparecen como indicadores de baja frecuencia de recogida los ítems referidos a: n.° de ficha familiar (no consta en un 75,80%), ocupación (no constan 61,82%) y lugar de nacimiento (no constan 62,90%).

A su vez la recogida más alta corresponde a: n.° de historia clínica (96,77%), nombre y apellidos (90,32%), número de cartilla de S. S. (79,54%) y sexo (76,88%).

En el apartado de Utilización de Servicios (tabla 2, gráfica 2) es de destacar la ausencia casi sistemática del ítem «problemas» (0,53%) que indica el problema específico que motivó la consulta. La recogida de datos en general en este apartado es baja.

En Datos Anagráficos II (tabla 3, gráfica 3) destaca nuevamente la falta de recogida del ítem «n.° de ficha familiar» (2,68%), y el descenso en comparación con los datos anagráficos I de los ítems referidos a nombre y apellidos del paciente (65,59%) y al n.° de historia clínica (51,07%).

En cuanto al apartado de Antecedentes Personales (tabla 4, gráfica 4), destaca por su baja recogida el ítem referido a historia laboral (17,74%), así como los referidos a hábitos (42,47%) y uso de medicación (49,46%). Por otro lado los datos que más se recogen son los referidos a alergias (91,39%), hospitalización (77,41%) y vacunaciones (76,34%).

Los Antecedentes Familiares (tabla 5, gráfica 5) mantienen una recogida media destacando consanguinidad (43,01%) como el más bajo y enfermedades endocrino-hereditarias (62,90%) el más alto.

En la Exploración General (tabla 6, gráfica 6) destaca la falta de realización de glucosuria, sólo recogida en el 1,07% de los casos, aunque este dato no es excesivamente representativo dado que el 62,9% de los pacientes se trataba de menores de 45 años.

La toma de tensión arterial consta en el 47,31%; haciendo una rectificación en este porcentaje y refiriéndolo exclusivamente a los casos en los que estaba indicada (mayores de 15 años), este porcentaje se eleva a 66,16%.

Es de destacar en esta tabla que un 34,94% de los pacientes no tienen hecha una exploración general.

Por último, en el apartado de Enfermedad Actual (tabla 7, gráfica 7) los datos se encuentran recogidos de forma homogénea, variando los porcentajes entre el 97,84% por motivo de consulta y el 63,97% de revisión, recurriéndose a las exploraciones complementarias sólo en el 36,55%. Esto significa que a lo largo de toda la historia del paciente alguna vez fue necesaria una exploración complementaria en ese porcentaje de casos.

COMENTARIOS

De loa datos anteriormente expuestos podríamos destacar en primer lugar la baja recogida del ítem n.° de ficha familiar, atribuyéndose esta ausencia a la poca practicidad del mismo y usándose fundamentalmente para la identificación el nombre del cabeza de familia.

Como justificación al 61,82% de «no constan» en el apartado ocupación hay que indicar que porcentualmente es más elevado el número de mujeres que acuden a nuestras consultas y éstas son en su gran mayoría amas de casa, así como el hecho de que el 14,44% son niños menores de 7 años; son éstos los motivos que pueden justificar parcialmente la baja recogida de este ítem.

El lugar de nacimiento se obvia en un 62,90%, la mayoría de las veces por suponer que son autóctonos de la localidad donde nos movemos.

En el apartado Utilización de Servicios es de indicar la ausencia sistemática del ítem problemas (0,53%), dado que en la mayoría de los casos el control de pacientes conocidos: crónicos, embarazadas, patología banal, etc., no estimulan al profesional para su recogida. Además son datos que sí figuran en las hojas de evolución.

En la tabla 3, Datos Anagráficos II, que evalúa

la hoja de movimiento de consulta, los ítems referidos a n.° de ficha familiar, nombre y apellidos del paciente y n.° de historia clínica son bajos, creemos que debido a la mala estructuración de la historia clínica base que hace repetir estos datos de forma poco operativa.

De nuevo queremos llamar la atención en la tabla 4, Antecedentes Personales, sobre la baja recogida de los ítems: historia laboral, hábitos y medicación previa que en todo momento pueden ser útiles para el diagnóstico y evaluación de patología relacionada con ellos, que pudiera aparecer en un momento determinado.

En el apartado Antecedentes Familiares destacar tal vez la dificultad en la recogida de éstos datos y, por otro lado, la necesidad de incluir patología crónica de los familiares como causa remota de muerte familiar.

En la tabla 6 es de destacar que en un 34,94% de los pacientes no se realizó exploración general; tal vez porque acudieron por patología banal, o tal vez porque el control de crónicos conocidos no fomenta el ambiente para realizarla. Aunque desde este punto de vista la cifra parece elevada, si la comparamos con los exámenes generales que habitualmente se realizan en las consultas normales de asistencia primaria apreciaremos que porcentual y comparativamente la práctica de una exploración general es muy elevada en la Unidad.

También destacar el no procede del ítem Tensión Arterial, que es de un 28,49%, debido a que las tomas sólo se realizan en personas mayores de 15 años, queriendo además indicar que la toma tensional está influida por el personal de enfermería y auxiliar, que desgraciadamente fluctúa con mucha frecuencia en nuestra Unidad, pudiéndose explicar por estas mismas razones la baja recogida del índice glucosuria (1,07%).

En la tabla 7 también insitir en el apartado de exploraciones complementarias, que indica que a lo largo de toda la historia clínica del paciente alguna vez se han pedido exámenes complementarios, con un porcentaje a todas luces bajísimo, 36,55% de los casos.

Para finalizar este apartado querríamos indicar, en primer lugar, las oscilaciones lógicas que sufren las historias clínicas a lo largo de los años, debido al cambio anual de los Médicos Residentes en la Unidad Docente, y por otro lado, a la influencia que sobre algunos apartados tiene el personal de enfermería y auxiliar tan anhelado por nosotros.

CONCLUSIONES

1.—Hay numerosos datos que se repiten varias veces, lo que hace la historia árida por la carga burocrática y administrativa que conlleva. Es imprescindible simplificarla al máximo.

2.—Es imprescindible la dotación de personal de enfermería, auxiliar y administrativo en las Unidades de Atención Primaria para componer la lógica pirámide del equipo de atención primaria.

3.—La repetitividad de muchos ítems influye en la baja recogida que vemos en algunas tablas, sin embargo debemos señalar que la mayoría de ellos sí están recogidos en alguna de las hojas de la historia clínica o en otros documentos del sistema de información y recogida de la Unidad.

4.—El control programado de la calidad de las historias clínicas unificaría criterios y podría ayudar a mejorar el nivel medio de las mismas.

5.—Es de destacar la importancia que tiene, desde el punto de vista de la atención integral a la salud, la introducción y difusión del uso de la historia clínica en atención primaria, lo que permitiría, no sólo elevar el nivel de salud de la población, sino también estructurar mejor el sistema sanitario. En las circunstancias actuales de masificación en las consultas, desinformación sanitaria de la población, presión social, limitación de horarios, etc., es muy difícil llevar a cabo este proyecto, pero no por ello dejaremos de pensar que la historia clínica es el eje básico del sistema de información sobre el que gira toda la actividad asistencial y de programación.

6.—Por último plantear la necesidad de diseñar un modelo de historia clínica para Atención Primaria que permita la recogida de los datos clínicos, epidemiológicos, ambientales, etc., necesarios para establecer una situación de salud, sin renunciar a evitar la repetición de ítems y a simplificar al máximo el trabajo administrativo y burocrático que todo esto conlleva.

RESUMEN

Se analiza la recogida de 43 variables sobre una muestra de 186 historias clínicas seleccionadas de forma aleatoria en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Algezares, buscando las condiciones que permitan elaborar un modelo de Historia Clínica para Atención Primaria operativo y eficaz.

Los resultados muestran una baja recogida de ciertos ítems como n.° de ficha familiar, historia laboral, glucosuria, etc., debida en buena parte a la repetición de estos ítems a lo largo de los distintos apartados de la historia clínica, y a la ausencia del necesario personal de enfermería, auxiliar y administrativo en la Unidad.

Por lo expuesto se concluye afirmando la necesidad de introducir la Historia Clínica en Atención Primaria, y planteando la necesidad de un modelo de Historia adaptado a las necesidades.

TABLA I

DATOS ANAGRÁFICOS	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%	NO PROCEDE	%
Nombre y apellidos	168	90,32	18	9,67	0	0
N.° Historia clínica	180	96,77	6	3,22	0	0
N.° ficha familiar	45	24,19	141	75,80	0	0
N.° Cartilla S. S.	148	79,56	37	19,89	1	0,53
Calle, N.° y piso	95	51,07	91	48,92	0	0
Lugar nacimiento	69	37,09	117	62,90	0	0
Fecha nacimiento	91	48,92	95	51,07	0	0
Estado civil	129	69,35	57	30,64	0	0
Sexo	143	76,88	43	23,11	0	0
Profesión	95	51,07	66	35,48	25	13,44
Ocupación	51	27,41	115	61,82	25	13,44

GRÁFICA I. — DATOS ANAGRÁFICOS I

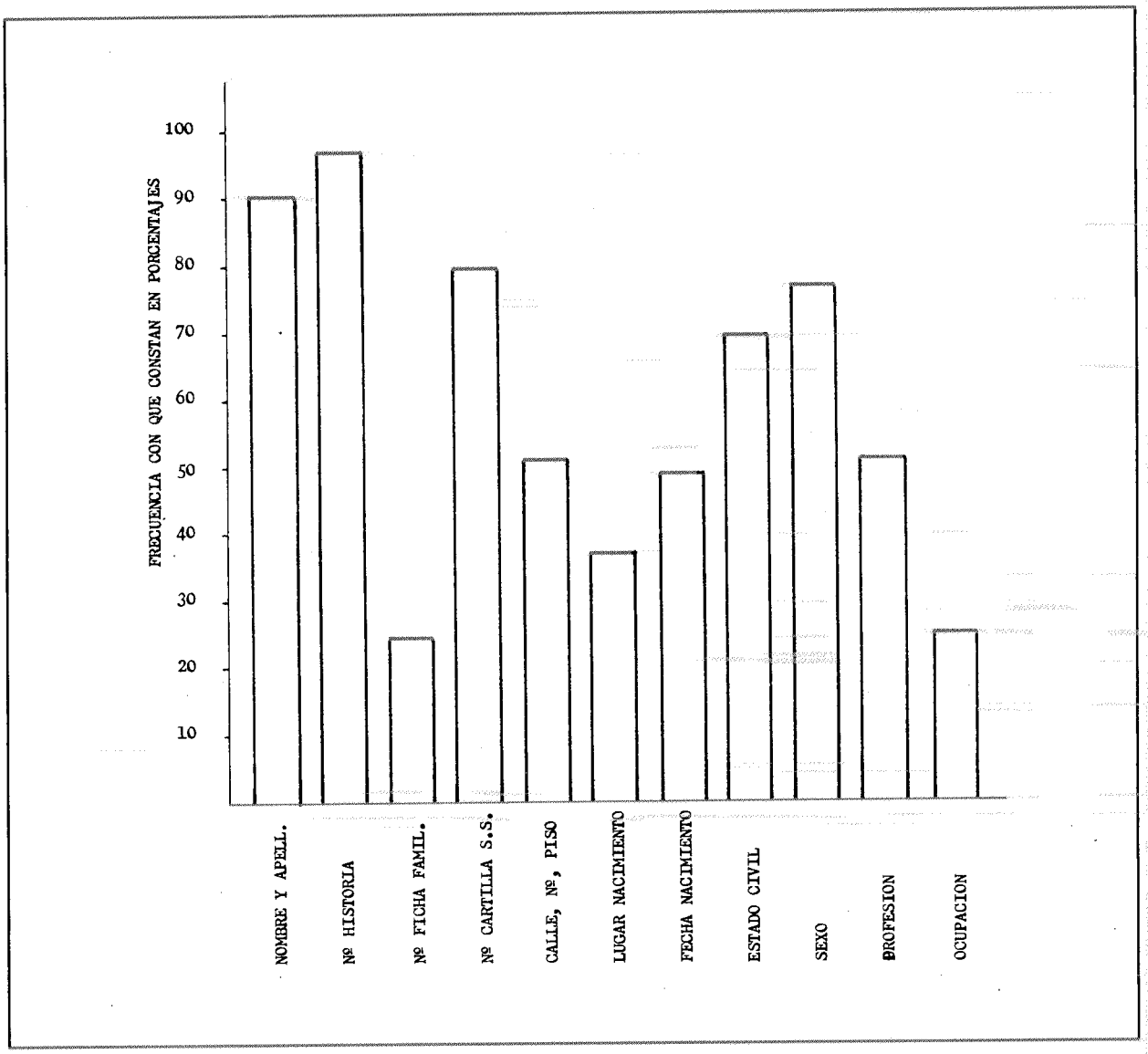


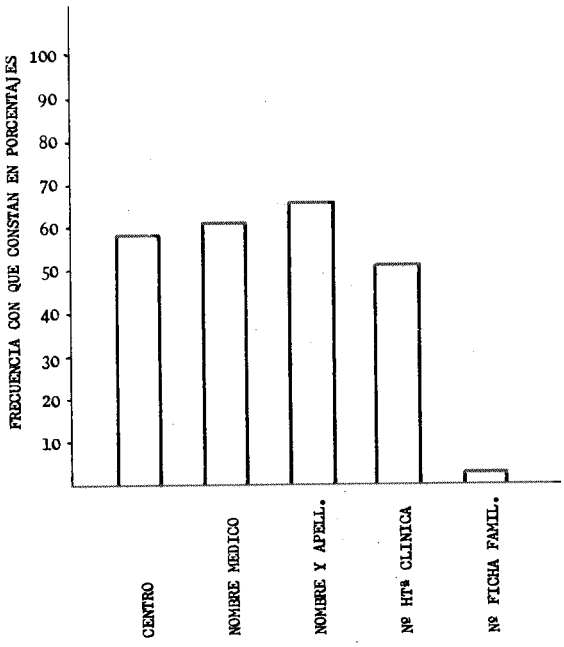
TABLA II. — UTILIZACIÓN SERVICIOS

VARIABLES	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%
N.º Consultas/mes	56	30,10	130	69,89
Último mes	46	24,73	140	75,26
Problemas	1	0,53	185	99,46

TABLA III. — DATOS ANAGRÁFICOS (II)

VARIABLES	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%
Centro	109	58,60	77	41,39
Nombre Médico	114	61,29	72	38,70
Nombre y apellidos (paciente)	122	65,59	64	34,40
N.º Historia clínica	95	51,07	91	48,92
N.º ficha familiar	5	2,68	181	97,31

GRÁFICA II. — UTILIZACIÓN DE SERVICIOS



GRÁFICA III. — DATOS ANAGRÁFICOS II

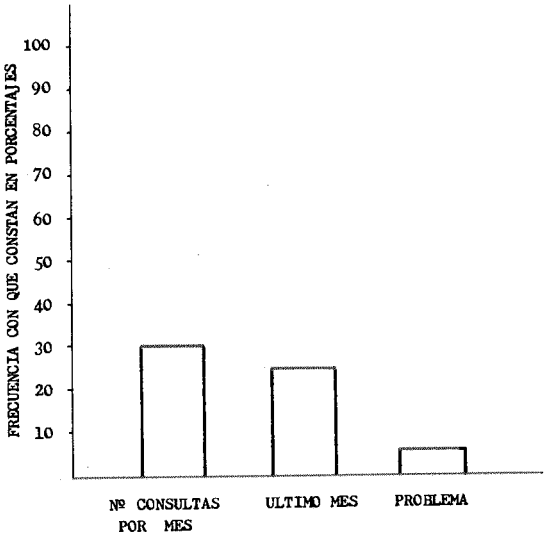


TABLA IV. — ANTECEDENTES PERSONALES

VARIABLES	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%	NO PROCEDE	%
Enf. Infancia	139	74,73	47	25,26	0	0
Enf. Infecciosas	125	67,20	61	32,79	0	0
Enf. sistémicas	137	73,65	49	26,34	0	0
Traumatismos	122	65,59	64	34,40	0	0
Hospitalización	144	77,41	42	22,58	0	0
Hábitos	79	42,47	77	41,39	30	16,12
Alergias	170	91,39	16	8,60	0	0
Uso medicación	92	49,46	94	50,53	0	0
Vac.	142	76,34	44	23,65	0	0
H.ª Laboral	33	17,74	123	66,12	30	16,12

GRÁFICA IV. — ANTECEDENTES PERSONALES

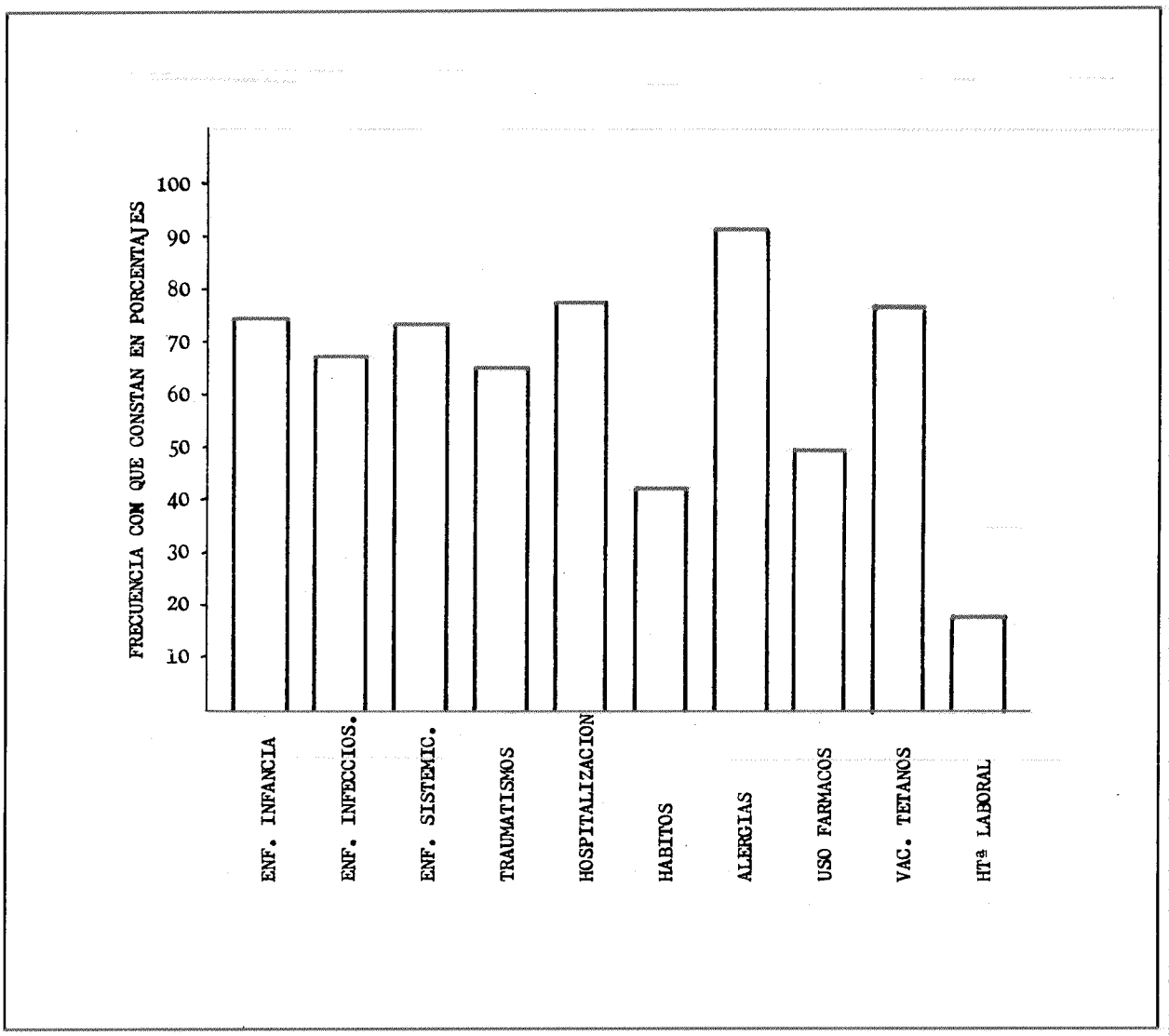


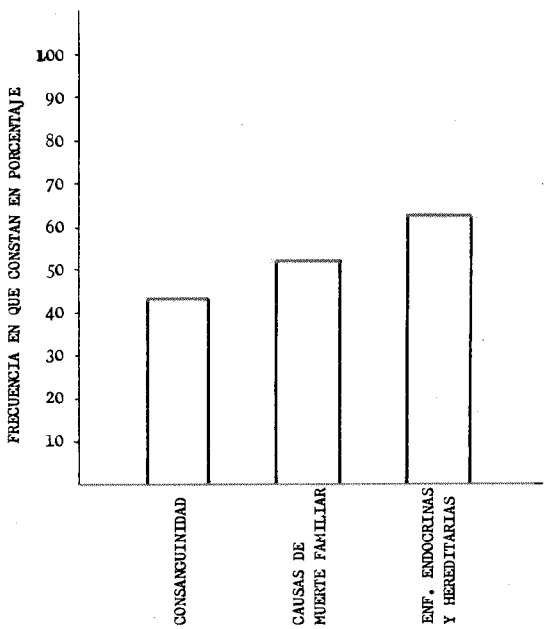
TABLA V. — ANTECEDENTES FAMILIARES

VARIABLES	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%
Consanguinidad	80	43,01	106	56,98
Causas Muerte familiar	97	52,15	89	47,84
Enf. Endocrino-hereditarias	117	62,90	69	37,09

TABLA VI. — EXPLORACIÓN GENERAL

VARIABLES	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%	NO PROCEDE	%
Exploración general	121	65,05	65	34,94	0	0
Tensión arterial (mayores 15 años)	88	47,31	45	24,19	53	28,49
Glucosuria (mayores 45 años)	2	1,07	67	36,02	117	62,90

GRÁFICA V. — ANTECEDENTES FAMILIARES



GRÁFICA VI. — EXPLORACIÓN GENERAL

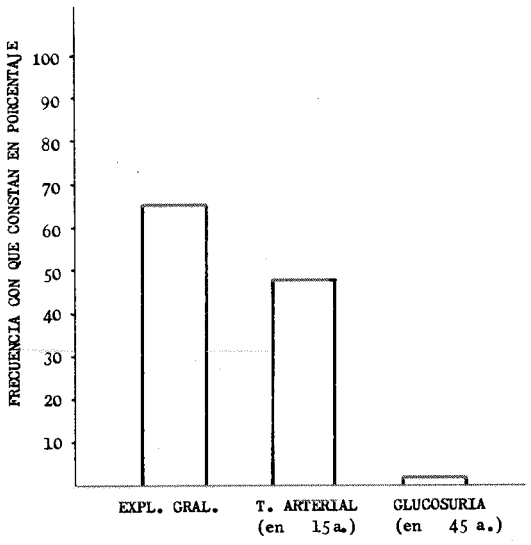
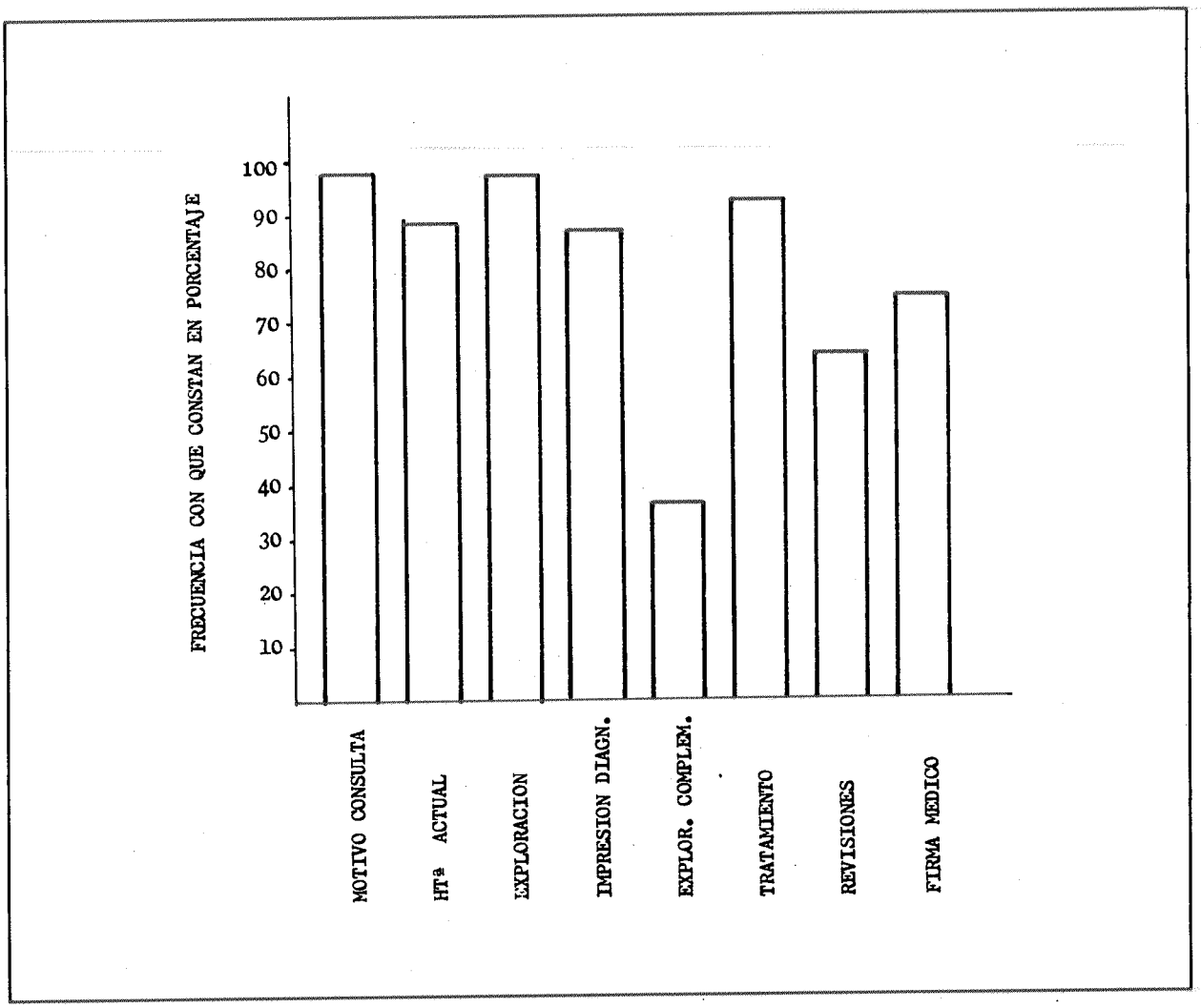


TABLA VII

VARIABLES	CONSTAN	%	NO CONSTAN	%
Motivo consulta	182	97,84	4	2,16
Historia actual	165	88,70	21	11,29
Exploración	148	79,56	38	20,43
Impresión diagnóstica	162	87,09	24	12,9
Exploraciones complement.	68	36,55	118	63,44
Tratamiento	172	92,47	14	7,52
Revisiones	119	63,97	67	36,02
Firma	139	74,73	47	25,26

GRÁFICA VII. — ENFERMEDAD ACTUAL



RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

RELACIÓN ENTRE LA SENSIBILIDAD BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS Y SU CONSUMO: Estudio efectuado sobre el Stafilococus aureus en el grupo hospitalario Pitié-Salpetrieres entre 1975 y 1980, por Bismuth, R.V. y cols. *La Pres Médicale* (1983), págs. 197-201.

Entre 1975 y 1980 se ha analizado la evolución de la sensibilidad de 11.342 cepas de *S. aureus* frente a los principales antibióticos; ello se ha realizado por medios informáticos y se ha confrontado con el consumo de antibióticos y la actividad hospitalaria. La sensibilidad ha aumentado en un 7,3 por 100 para las tetraciclinas, en un 11,4 por 100 para el cloramfenicol, ha disminuido en un 12 por 100 para la gentamicina y ha permanecido estable para los otros antibióticos. Existe una gran diferencia en la sensibilidad según que el *S. aureus* sea sensible o resistente a la meticilina. En la población sensible se produce un retorno a la sensibilidad frente a las tetraciclinas y en la población resistente se ha producido un retorno a la sensibilidad frente al cloramfenicol y una disminución importante de la sensibilidad frente a la gentamicina. Simultáneamente, el consumo de cloramfenicoles, tetraciclinas y aminoglucósidos ha disminuido respectivamente en un 84,54 y 15 por 100. La actividad hospitlaria ha variado poco. En el *S. aureus* resistente a la meticilina, la ausencia de retorno a la sensibilidad frente a la mayoría de antibióticos, a excepción del cloramfenicol, puede explicarse por la presión selectiva considerable del uso de aquéllos en algunos de los servicios hospitalarios en los que aisla generalmente este tipo de *S. aureus*.

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER, por Palmeiro Troitiño, *R. Revista Española de Oncología* (1981), págs. 355-375.

El diagnóstico de cáncer, realizado en fase de localización del tumor, antes de la aparición de metástasis (diagnóstico precoz), puede reducir de 66 por 100 a 50 por 100 la proporción de muertes causadas por esta enfermedad. Se hace un análisis de los principales factores que retrasan el diagnóstico del cáncer, dependiendo éstos del enfermo, del médico, de la enfermedad misma, de los medios diagnósticos y de los medios asistenciales y económicos disponibles, y pudiendo actuar aquéllos conjunta o separadamente en la demora del diagnóstico. Se citan los principales métodos de screening y se exponen las normas recomendadas actualmente, a nivel individual, para el examen periódico de personas asintomáticas en relación con el el diagnóstico precoz de cánceres más frecuentes.

LOS REGISTROS DEL CÁNCER DESDE UNA ÓPTICA DE SALUD PÚBLICA, por Viñes, J. J. *Revista Española de Oncología* (1981), págs. 413-424.

El autor analiza los registros de cáncer desde el punto de vista de la salud pública.

LAS CUENTAS DE LA SALUD ¿CÓMO VAMOS Y DÓNDE VAMOS?, por Correia de Campos, A. *Revista Portuguesa de Saude Pública* (1983), págs. 11-17.

La evolución de los gastos públicos de salud en Portugal presenta una considerable tasa de crecimiento en los años 1970-80. Se puede asociar a ella la generalización de la cobertura de cuidados médicos a toda la población. Pero la relación entre el crecimiento de los gastos de salud y el crecimiento del PIB no ha sufrido la influencia de las orientaciones políticas en materia social.

El sistema de salud, a pesar de estar casi totalmente financiado por el Estado, tiene tendencia a hacer crecer las trasferencias al sector privado, en detrimento de los gastos directos. Aquéllos son predominantes en el ambulatorio, éstos en la hospitalización. El peso elevado de los medicamentos y otros bienes médicos es un factor de preocupación. El estudio paralelo de esta evolución y las experiencias de los países de la OCDE nos conduce a la reflexión sobre los medios de aumentar las ventajas y a más largo plazo la equidad del sistema, la elección de nuevas inversiones en función del coste y de la eficacia, el exceso de médicos, generador de utilización aumentada de los cuidados de salud, las modalidades para contener o controlar los gastos, los cambios de estructura; para terminar, los proyectos de investigación a desarrollar hacia la implantación correcta de las reformas. Finalmente, las diferencias entre las políticas de control de gastos están indicados con los ejemplos de los países de la OCDE.

EL FENÓMENO DE LA DROGA, por Freixa y Santfeliú, F. Comunidad Autónoma de Murcia. Salvat. Edición no comercializable. Barcelona, 1984.

La Consejería de Sanidad de Murcia, en colaboración con Editorial Salvat ha editado el libro de Freixa, sobre «El Fenómeno de la droga», para su difusión gratuita.

El autor desarrolla magistralmente en siete capítulos y treinta subtemas, el tema candente y polémico de las drogas.

Tras una descripción individualizada de las mismas, en las que por supuesto están incluidas las dos drogas principales de nuestra sociedad occidental, el tabaco y el alcohol, a las cuales casi nunca se hace referencia cuando se habla de ellas, pasa a reseñar los factores condicionantes del consumo colectivo de las mismas.

Estudia en particular el tráfico del opio por tener unos caminos de comercialización conocidos aunque difícilmente vulnerables, por la implicación de mucha gente ante la alta fuente de ingresos que supone («trama negra»).

Posteriormente se ocupa de la droga como fenómeno contracultural (1960-1970) y de falsa revolución, analizando los grandes movimientos que junto a una ideología izquierdista y de crítica al sistema establecido, unían toda esa liturgia con un acto comunitario, el consumo de droga. Tras una primera crítica racional, la de la injusticia del sistema, aparecía una forma de solución irracional, el uso de la droga como

factor de cambio. Señala más tarde los problemas de abstinencia cuando la droga falta, y el proceso de autodestrucción que supone la toxicomanía.

Trata, más adelante de las distintas formas de abordar la solución del problema, analizando las ventajas e inconvenientes de las posturas legalizadoras o represoras del consumo, las diversas modalidades de tratamiento, cura de desintoxicación, psicoterapia de grupo y comunidades terapéuticas. Conseguir finalmente la reinserción social del drogadicto, es el objetivo último.

Termina el libro con la función de aplicar la prevención, sobre todo primaria, para evitar que se comience a consumir cualquier tipo de droga, concienciando a la sociedad de que no es droga sólo aquello que existe al margen de la ley.

LEGISLACION SANITARIA

— Ley de Defensa de Consumidores y Usuarios, 19-07-84, del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 176 de 24-07-84, pág. 21.686.

— Modificación de la lista positiva de aditivos autorizados para la elaboración de pan y panes especiales. R. de 27-07-84. Subsecretaría Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 191 de 10-08-84, pág. 23.242.

— Asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los descendientes, hijos adoptivos y hermanos de titulares del derecho hasta que cumplan veintiséis años de edad. R.D. 1377/1984 de 4-07-84 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. B.O.E. 176 de 24-07-84, 21.698.

— Reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico. O. de 19-06-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 157 de 2-07-84, pág. 19.322.

— Modificación del ap. 7 del baremo para Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería. O. de 24-07-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 192 de 11-08-84, pág. 23.417.

— Normas para la revisión de las condiciones económicas aplicables a la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos a la Seguridad Social durante el año 1983. O. de 31-07-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 194 de 14-08-84, pág. 23.606.

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 27 a 30 (1 julio a 28 julio 1984) y 26 a 30 (25 junio a 30 julio 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Tasa de 1 caso X 100.000 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningo-cócica		Varicela		Saram-pión		Gripe		Escarla-tina		Tubercu-losis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disenteria		Gonococia		Sífilis	
			1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984
NOROESTE	61.521	1,5	4	0	5	2	2	1	74	58	4	2	43	44	2	0	1	0	30	78	7	0	2	1	58	127	0	1	0	0	0	0	0	0	10	4	0	0
ALTIPLANO	45.970	2,2	0	1	0	2	0	0	62	110	19	0	1	14	0	0	1	0	29	36	5	0	1	0	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
LORCA	110.866	0,9	0	2	2	4	0	0	67	142	31	4	48	97	3	0	2	1	18	49	16	3	7	8	152	75	3	4	1	0	0	0	10	0	4	5	0	0
CARTAGENA	238.201	0,4	7	7	3	6	3	2	51	239	20	16	72	70	0	15	0	1	12	508	12	25	9	13	98	326	0	0	0	0	3	8	6	0	17	11	1	2
MULA	21.839	4,6	0	0	0	1	3	0	5	6	1	1	2	2	0	0	0	2	12	19	0	0	0	0	11	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ALCANTARILLA	41.265	2,4	2	0	0	1	1	0	37	35	0	0	18	7	0	0	0	1	37	7	14	2	0	2	48	58	0	0	0	0	1	1	6	0	5	1	0	0
CIEZA	47.996	2,1	1	0	0	1	1	1	2	77	3	1	33	9	0	4	0	0	18	81	2	0	0	0	1	38	1	0	0	0	0	0	0	0	11	4	0	0
MOLINA	76.645	1,3	2	7	0	3	3	1	39	256	6	14	85	129	4	7	1	1	51	93	6	38	6	3	49	243	1	3	0	0	0	1	12	1	4	19	1	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	2	0	0	2	1	4	97	8	6	19	25	0	0	3	1	11	50	4	2	0	0	4	51	0	0	0	0	0	0	4	0	2	4	3	0
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	3	6	3	1	8	2	154	359	34	15	165	472	6	2	1	5	45	362	43	39	9	8	190	112	4	0	0	0	1	6	6	0	10	18	6	2
TOTAL REGION	955.215	0,1	19	25	13	21	23	8	495	1379	126	59	486	869	15	28	9	12	263	1283	109	109	34	35	631	1063	9	8	1	0	5	16	44	1	63	68	11	4

(1) Según censo de población de 1 de marzo de 1981.

SUSCRIPCION AL BOLETIN DE SALUD MURCIANA

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 31 a 35 (29 julio a 1 septiembre 1984) y 31 a 35 (3 julio a 3 septiembre 1983)

COMARCAS	(1) n.º de habit.	Tasa de 1 caso X 100.000 hab.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningo-cócica		Varicela		Saram-pión		Gripe		Escarla-tina		Tubercu-losis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Disentería		Gonococia		Sífilis	
			1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984	1983	1984
NOROESTE	61.521	1,5	1	0	11	2	0	1	19	20	1	3	273	58	0	0	0	1	24	15	7	1	3	2	24	43	1	0	0	0	1	0	6	0	14	5	0	1
ALTIPLANO	45.970	2,2	0	2	1	1	0	0	30	86	9	0	0	33	1	0	1	0	3	18	2	0	15	2	9	1	0	0	0	0	0	3	0	0	7	0	0	1
LORCA	110.866	0,9	1	5	7	13	0	1	22	20	5	3	112	112	0	1	2	1	33	22	2	0	2	2	35	7	2	3	0	0	0	0	12	0	7	9	1	0
CARTAGENA	238.201	0,4	9	2	3	4	4	1	15	13	2	9	40	258	0	6	3	5	17	152	5	23	6	31	36	47	1	1	0	0	3	3	1	1	18	22	2	0
MULA	21.839	4,6	0	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	9	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	2,4	2	0	2	0	5	0	8	8	0	1	24	39	0	0	0	0	9	18	35	1	0	12	10	5	2	0	0	0	7	2	5	3	1	8	1	0
CIEZA	47.996	2,1	0	0	0	0	0	2	1	15	0	2	31	12	0	0	1	5	14	38	1	0	0	2	2	3	11	1	0	0	0	0	0	0	6	11	0	0
MOLINA	76.645	1,3	5	5	1	2	4	0	4	35	5	6	136	182	0	1	0	5	20	52	2	44	8	5	30	20	3	5	0	0	1	0	1	10	8	7	4	1
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	8	0	0	1	0	6	15	6	1	2	0	1	10	1	0	0	0	0	3	0	0	4	0	0	0
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	20	5	2	1	4	2	45	61	35	20	205	383	3	1	3	1	38	106	50	20	3	11	58	24	7	5	0	0	7	6	3	16	9	14	1	0
TOTAL REGION	955.215	0,1	41	20	29	24	18	7	144	258	59	44	824	1085	4	9	12	18	167	445	110	90	40	67	206	160	28	15	0	0	19	17	28	30	75	76	9	3

(1) Según censo de población de 1 de marzo de 1981.

SUSCRIPCION AL BOLETIN DE SALUD MURCIANA

CONSEJERIA DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL