



Primer Congreso de Atención Primaria de Salud

Murcia, 22 y 23 de Febrero de 1991

**VI Congreso Regional de Medicina Familiar Comunitaria
III Congreso Regional de Enfermería de Atención Primaria**

Primer Congreso de Atención Primaria de Salud

Murcia, 22 y 23 de Febrero de 1991

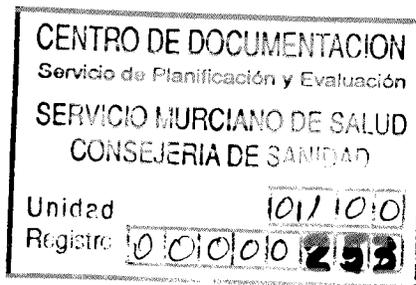
VI Congreso Regional de Medicina Familiar Comunitaria III Congreso Regional de Enfermería de Atención Primaria

Organizan:

- Dirección General de Salud de la Consejería de Sanidad
- Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SMMF y C)
- Sociedad Murciana de Enfermería en Atención Primaria (SEAP)
- Colegio Oficial de Médicos
- Colegio Oficial de ATS/DUE
- Colegio Oficial de Veterinarios
- Colegio Oficial de Farmacéuticos
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales

Secretaría:

ALQUIBLA, S.L.
 C/. González Adalid, 13-2º - Ofic. 5
 30001 MURCIA. Teléfono 968/ 22 12 19



Sedes del Congreso:

Aula Cultural Caja de Ahorros del Mediterráneo. Murcia.
 Salones del Casino de Murcia.

INDICE

	Pág.
Presentación	5
Comité de Honor	6
Comité Organizador y Científico	7
Programa	9
Horario de Comunicaciones	13
Ponencias	17
– Atención Primaria orientada a la comunidad	19
– Atención de Enfermería en visita domiciliaria	55
– La Lumbalgia en Atención Primaria	69
– Bases para la elaboración del Programa de Atención al Medio en A.P.S. de la Región de Murcia	103
Comunicaciones	119
– A la ponencia "Atención Primaria orientada a la comunidad"	121
– A la ponencia de "Atención de Enfermería en visita domiciliaria"	129
– A la ponencia de "La Lumbalgia en Atención Primaria"	133
– A la ponencia de "Bases para la elaboración del Programa de Atención al Medio en A.P.S. de la Región de Murcia"	137
Libres	143
En poster	161

Presentación

Este Congreso es el primero, de una serie que esperamos sea numerosa, que reúne a profesionales de diferentes campos de la Atención Primaria de Salud de nuestra Región.

El hecho de que participen en su organización sociedades científicas de Enfermería y de Medicina de Familia, Colegios profesionales y representantes de la Administración sanitaria autonómica, facilitará la comunicación entre diferentes colectivos que tienen escasas posibilidades de plantear conjuntamente temas que son de su interés.

La oportunidad de reflexionar juntos sobre aspectos de atención al individuo, al Medio Ambiente y a la comunidad favorecerá, sin duda, avances y mejoras cualitativas en la prestación de cuidados a la salud.

Gracias a todos los asistentes por la acogida que ha tenido este Congreso y especialmente a las sociedades científicas regionales de Enfermería y Atención Primaria y de Medicina de Familia, sin cuyo esfuerzo en los últimos años no habría sido posible su organización.

El Comité Organizador

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. D. Carlos Collado Mena

Presidente de la Comunidad Autónoma
de la Región de Murcia

Excma. Sra. D^a Concepción Sáenz Laín

Delegada del Gobierno en la Región de Murcia

Excmo. Sr. D. Miguel Angel Pérez-Espejo Martínez

Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma
de la Región de Murcia

Excmo. y Magfco. Sr. D. Juan Roca Guillamón

Rector de la Universidad de Murcia

Ilmo. Sr. D. José M^a López López

Director Territorial de Insalud

Ilmo. Sr. D. José Méndez Espino

Alcalde-Presidente del Excmo. Ayuntamiento de Murcia

Ilmo. Sr. D. Salvador Ripoll Marín

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia

Ilmo. Sr. D. Prudencio Rosique Robles

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia

Ilmo. Sr. D. Fulgencio Fernández Buendía

Presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Murcia

Ilmo. Sr. D. Diego Gutiérrez Gambín

Presidente del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Murcia

Ilma. Sra. D^a M^a Paz García-Longoria Serrano

Presidenta del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social
y Asistentes Sociales de la Región de Murcia

COMITE ORGANIZADOR

Presidente:

Pedro Parra Hidalgo

Vicepresidentes:

Ildefonso Francés Martínez

José Gabriel Cano Montoro

Secretario:

Diego Gutiérrez Gambín

Tesorero:

Juan Antonio Sánchez Sánchez

Vocales:

María Dolores Calderó Beá

Domingo Coronado Romero

Luis Espinosa Gaitán

Trinidad García Herrero

Eduardo González-Martínez La Cuesta

Francisca Jiménez Guillén

Maribel Martínez Catalán

M^a Dolores Ruiz Puerta

Concepción Violán Fors

COMITE CIENTIFICO

Secretaria:

D^a María Dolores Calderó Beá

Vocales:

D. Lauro Hernando Arizaleta

D^a María Teresa Martínez Ros

D^a Soledad Lario Simón

D. Alberto Barragán Pérez

D^a Rosario Cobo González

D. Juan Francisco Jiménez

D. Juan José Pedreño Saura

D. Blas Alfonso Marsilla de Pascual

D^a Vicenta Barco Fernández

D. Angel Fernández Nafria

PROGRAMA

VIERNES 22

8'30 h. **Entrega de documentación** / Casino de Murcia.

9'15 h. **Acto Inaugural** / Aula de Cultura de la CAM.

Conferencia Inaugural: La estrategia de Atención Primaria en el marco de revisión de los Sistemas de Salud.

D. Manuel García Encabo (Subdirector General de Gestión de la Atención Primaria. INSALUD).

10'45 h. **Café pausa** / Casino de Murcia.

11'15 h. Aula de Cultura de la CAM.

Ponencia: Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

Moderador: D. Iñigo Anza Aguirre-Zabala (Médico EAP Aguilas)

Ponentes:

Doña Carmen Sanz Cabrera (Trabajador Social. EAP V Soldevilla, Madrid)

Doña Carmen Nicolás Marín (Enfermera EAP Santomera)

Doña M^ª José García Pequeño (Auxiliar Enfermería. Valladolid)

Don Juan Luis Chillón (Sociólogo. Murcia)

Don José Lluís Peray Baïges (Médico rural. Barcelona)

Don Francisco Palazón Espinosa (Federación Asociaciones Vecinos)

13'00 h. Aula de Cultura de la CAM.

Comunicaciones a la Ponencia de Atención Primaria Orientada a la Comunidad.

Modera: D. Lauro Hernando Arizaleta (Comité Científico)

14'30 h. **Comida** / Casino de Murcia.

17'00 h. Aula de Cultura de la CAM.

Ponencia: Atención de Enfermería en visita domiciliaria.

Moderadora: Doña M^ª Victoria Antón Nardiz (Enfermera. Madrid)

Ponentes:

Doña Encarna Martínez Sánchez (Enfermera EAP Molina)

Doña M^ª José López Arroyo (Enfermera EAP San Javier)

Doña Antonia García Verdú (Enfermera EAP Molina)

Doña Paloma Castillo Vicente (Enfermera EAP Santa María de Gracia)

17'00 h. Casino de Murcia.

Ponencia: La Lumbalgia en Atención Primaria.

Moderador: D. Eduardo Albaladejo Monreal (Médico EAP Barrio del Carmen)

Ponentes:

D. Pedro Castellón de Arce (Jefe Sección Reumatología Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca)

Doña Rosa García Rodríguez (Residente 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Murcia)

D. Juan de Dios Arnaldos Herrero (Residente 3^{er} año de Medicina de Familia y Comunitaria. Murcia)

18'45 h. **Descanso.**

19'00 h. Aula de Cultura de la CAM.

Comunicaciones a la Ponencia de Enfermería.

Moderadora: Doña Rosario Cobo González (C. Científico)

19'00 h. Casino de Murcia.

Comunicaciones a la ponencia de Lumbalgia en Atención Primaria.

Moderador: Don Alberto Barragán Pérez (C. Científico)

19'30 h. Casino de Murcia.

Comunicaciones libres

Moderador: Don Juan José Pedreño Saura (C. Científico)

20'30 h. **Recepción por el Ayuntamiento de Murcia**

SABADO 23

9'30 h. Aula de Cultura de la CAM.

Ponencia: Atención al Medio en Atención Primaria.

Moderador: Don Pedro Parra Hidalgo (Director General de Salud. Consejería de Sanidad. Murcia)

Ponentes:

Don Ricard Armengol Rosell (Director del Instituto de Salud Pública de Navarra).

Don Juan Atenza Fernández (Director del Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha).

Don Enrique Cruz Giráldez (Jefe del Servicio de Planificación de la Consejería de Salud de Andalucía)

Don José M^o López Lozano (Director de Programas de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Murcia)

11'15 h. **Café-pausa** / Casino de Murcia.

11'45 h. Aula de Cultura de la CAM.

Comunicaciones a la Ponencia de Atención al Medio en Atención Primaria.

Moderador: Don Angel Fernández Nafria (C. Científico)

11'45 h. Casino de Murcia.

Comunicaciones libres

Moderadores: Doña M^o Teresa Martínez Ros y D. Juan José Pedreño Saura (C. Científico)

14'30 h. **Comida** / Casino de Murcia.

16'30 h. Aula de Cultura de la CAM.

Mesa Redonda: Identificación de necesidades en Formación Continuada en Atención Primaria de Salud.

Moderadora: Doña Concepción Violán Fors (Sociedad Murciana de MF y C)

Invitados:

Don José Ramón Loayssa (Dirección Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud)

Don Josep Romá Millán (Instituto de Estudios de la Salud. Consellería de Sanitat. Cataluña)

Don Antonio Escolar (Servicio Andaluz de Salud)

Don Patricio Suárez Gil (Dirección Atención Primaria. INSALUD. Asturias)

Don Joaquín Palomar Rodríguez (Consejería de Sanidad. Murcia)

19'00 h. Aula de Cultura de la CAM.

Informe del Comité Científico.

19'15 h. Aula de Cultura de la CAM.

Acto de Clausura.

19'30 h. Casino de Murcia.

Asambleas de las Sociedades Científicas de Enfermería en Atención Primaria y de Medicina de Familia y Comunitaria.

22'00 h. Hotel 7 Coronas, Murcia.

Cena de Clausura.

HORARIO DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES A LA PONENCIA

"ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD"

Lugar: CAM. 22-2-91

- 13'00 h. Los Consejos de Salud de Santa María de Gracia y La Ñora: Balance de un año de funcionamiento (1989-90).
- 13'10 h. Conocer los hábitos higiénicos de los escolares: Una actividad de los Consejos de Salud de La Ñora y Santa María de Gracia.
- 13'20 h. La Educación Sanitaria de Adultos: Una actividad del Consejo de Salud de La Ñora.
- 13'30 h. Experiencia de Educación para la Salud en un grupo de adultos, alumnos de graduado escolar del municipio de La Unión.
- 13'40 h. Análisis de una encuesta de opinión sobre actividades de Educación Sanitaria en una comunidad.
- 13'50 h. Evaluación de las primeras jornadas de Educación Sanitaria de Los Alcázares.
- 14'00 h. Discusión hasta las 14'30 h.

COMUNICACIONES A LA PONENCIA

"ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VISITA DOMICILIARIA".

Lugar: CAM. 22-2-91

- 19'00 h. Aportación específica de la enfermería al objetivo de la Atención Primaria.
- 19'10 h. Estudio descriptivo del control de embarazo realizado por el Equipo de Enfermería de un Centro de Salud.
- 19'20 h. El enfermo terminal en Atención Primaria de Salud: Experiencia del Equipo de Atención Primaria de San Pedro del Pinatar.

COMUNICACIONES A LA PONENCIA

"LA LUMBALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA".

Lugar: CASINO DE MURCIA. 22-2-91

- 19'00 h. La lumbalgia en el niño que hace deporte.
- 19'10 h. Prescripción de antiinflamatorios no esteroideos en Atención Primaria.
- 19'20 h. Discusión.

COMUNICACIONES LIBRES

Lugar: CASINO DE MURCIA. 22-2-91

- 19'30 h. Revisión sobre el empleo de cefalosporinas en el Centro de Salud de Aguilas.
- 19'40 h. Reacciones adversas a medicamentos en personas mayores de 60 años.
- 19'50 h. Incidencia de bajas laborales en el término municipal de Los Alcázares durante el año 1989.
- 20'00 h. El seguimiento de la tuberculosis: De los dispensarios al Centro de Salud. El dispensario de enfermedades del tórax de Cartagena.
- 20'10 h. Discusión hasta las 20'30 h.

COMUNICACIONES LIBRES

Lugar: CASINO DE MURCIA. 23-2-91

- 11'50 h. Insuficiencias y logros en el programa de control del niño sano.
- 12'00 h. Estudio descriptivo del control del lactante en el primer año de vida, realizado por el Equipo de Enfermería de un Centro de Salud.
- 12'10 h. Efecto de la cita previa en la Asistencia Primaria.
- 12'20 h. Significado de la asistencia a urgencias hospitalarias para la Atención Primaria según el ámbito rural o urbano en la Región de Murcia.
- 12'30 h. Vacunación contra la hepatitis B en el área de salud VI de Murcia.

Discusión 20 minutos. Descanso 10 minutos.

- 13'00 h. Evaluación de la infraestructura de los Centros de Salud docentes de la Región de Murcia. 1990.
- 13'10 h. Evaluación de los cursos de incorporación a los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia, realizados durante el primer semestre de 1990.
- 13'20 h. La importancia de los convenios de Atención Primaria en la implantación de las nuevas estructuras básicas de salud.
- 13'30 h. La integración de los sanitarios locales en los equipos de Atención Primaria (La Reforma en el medio rural).
- 13'40 h. Asignación de recursos humanos en Atención Primaria utilizando una técnica de investigación operativa.
- 13'50 h. Priorización de inversiones en servicios de Atención Primaria mediante la aplicación de criterios técnicos consensuados.
- 14'00 h. Discusión hasta las 14'30 h.

COMUNICACIONES A LA PONENCIA DE "ATENCIÓN AL MEDIO EN APS".

Lugar: CAM. 23-2-91

- 11'50 h. Ciudades saludables: El nuevo marco de la promoción de la salud. El papel de la Atención Primaria.
- 12'00 h. Evacuación y tratamiento de residuos líquidos en el municipio de San Javier.
- 12'10 h. Una nueva experiencia de educación sanitaria en un curso para manipuladores de alimentos. Librilla 1990.
- 12'20 h. Situación higiénico-sanitaria de comedores escolares del municipio de Murcia.
- 12'30 h. Estudio de la mortalidad por accidentes de tráfico en el municipio de Murcia. Una propuesta de análisis.

PONENCIAS

Ponencia:

ATENCION PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

AUTORES:

Natividad Antolín Bravo

Trabajador Social. EAP Centro Salud San Antón. Cartagena

Iñigo Anza Aguirrezabala

Médico. EAP Centro Salud Aguilas

M^a Dolores Calderó Beá

Médico. EAP. Centro Salud Barrio del Carmen. Murcia

Lucía Hernández Martínez

Trabajador social. Ayuntamiento de Cartagena

Carmen Nicolás

Enfermera. EAP Santomera. Murcia

M^a Teresa Palacios López

Médico. EAP Centro Salud La Unión. Murcia

Remedios Piqueras González

Enfermera. EAP. Barrio del Carmen. Murcia

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ORIENTADA A LA COMUNIDAD

El equipo que ha desarrollado esta ponencia no pretende hacer una presentación exhaustiva de todos los elementos relacionados con el objeto de la ponencia, por lo demás imposible para la extensión prevista de este trabajo, sino realizar una aproximación a la realidad actual del trabajo en Atención Primaria de Salud, centrándose en el trabajo orientado a la comunidad, aportando elementos conceptuales y de reflexión que pueden ser de utilidad a los trabajadores de la salud, y tal vez incluso para los agentes sociales en la nueva dinámica de participación previsible con la creación de Consejos de Salud.

Es fácil entender el trabajo orientado a la comunidad cuando se trata de intervenciones sobre colectivos social y culturalmente bien delimitados, marginales, grupos étnicos, etc. que mantengan estructuras comunitarias tradicionales. Una intervención realizada sin el acuerdo y la identificación de la comunidad corre el peligro de ser rechazada como un ente ajeno a ella, y los recursos serán consumidos sin que se realicen las transformaciones pretendidas, pudiendo quedar hipotecadas futuras intervenciones.

Pero cómo entender el trabajo con la comunidad en una sociedad desarrollada y fuertemente institucionalizada, en la que existen entre otros los siguientes elementos:

El individuo humano, ciudadano, es sujeto de derechos.

El ciudadano participa eligiendo representantes, pagando impuestos y servicios, y en alguna forma a través de los medios de comunicación.

Las instituciones, corporaciones, empresas, públicas o privadas, gestionan los servicios y se responsabilizan de resolver los problemas de los ciudadanos, adquiriendo una posición social predominante.

Las organizaciones de ciudadanos tienen a encontrar las soluciones a sus problemas a través de las instituciones.

Las instituciones tienden a deslegitimar o asimilar las iniciativas y organizaciones extrainsitucionales.

Existe la tendencia prácticamente universal a considerar la salud como un bien y un derecho individual y colectivo, y al desarrollo de sistemas colectivos de cuidados de salud.

¿Qué significa para las instituciones sanitarias en Atención Primaria de Salud trabajar con la comunidad en el momento actual?

Esta pregunta se propone en esta ponencia como tema abierto, motivo de reflexión, que no se pretende cerrar con respuestas, sino desarrollarlo con aportaciones, a todas luces limitadas, y que con frecuencia son fruto de nuestras propias reflexiones.

La ponencia se estructura de la siguiente forma:

1. Elementos sobre la comunidad y el comportamiento humano.

El grupo humano: Comunidad tradicional

Comunidad institucional

El comportamiento humano: dinámica de respuesta.

2. Elementos sobre el concepto de salud.

Clásico.

Ecológico individual-grupal-ambiental.

Dinámica de la salud.

Salud como fin –como evaluación– como objetivo.

3. Elementos metodológicos.

Conocimiento de la comunidad.

Conocimiento sobre la situación de salud.

Detección-priorización de problemas.

Planificación.

Ejecución.

Evaluación.

Intervención social.

Participación de la comunidad.

Educación para la salud.

4. Elementos estratégicos.

Objetivos orientados a la comunidad.

Educación para la salud.

Participación.

Programas.

Evaluación.

1. ELEMENTOS SOBRE LA COMUNIDAD Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO

Comunidad: (Ander Egg)

Agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común con conciencia de pertenencia situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto.

La exposición siguiente es una síntesis de ideas elementales sobre la comunidad humana, desde una perspectiva quizás peculiar pero no contradictoria con otras interpretaciones más clásicas y que sólo pretende dar una visión amplia y somera de lo que representa la comunidad humana para el fenómeno humano y por lo tanto para todo lo con él relacionado, incluyendo los procesos de salud.

El desarrollo del conocimiento del comportamiento de los animales (etología), ha evidenciado la existencia de determinantes biológicos del comportamiento, y permite considerar como elementos biológicos los aspectos más primordiales del comportamiento de las especies, incluyendo a la especie humana.

La comunidad es un elemento desarrollado por el comportamiento social del ser humano y constituye la unidad funcional en la que se desarrollan los individuos humanos, que como entidad supera a la parte de las relaciones de los individuos con su medio, asumiendo éstos los intereses definidos por el colectivo, en su comportamiento y en las relaciones con el entorno intra y extracomunitario.

Perfil histórico.

El ser humano ha evolucionado morfológicamente de los prehomínidos y homínidos desde el comienzo del cuaternario. Junto a la evolución morfológica ha existido una evolución del comportamiento que se ha caracterizado principalmente por su adaptación a los más diversos ámbitos, incluso transformando las condiciones del medio.

Las últimas adaptaciones se están produciendo a gran velocidad, constituyendo un fenómeno básicamente cultural, de conducta, basado en:

La capacidad biológica de aprendizaje y simbólica del ser humano.

La actividad cooperativa del grupo.

La necesidad de adaptarse al medio ambiente hostil y de compensar los desequilibrios afectivos generados por la adaptación.

El desarrollo cultural se concreta en:

Tecnología y organización.

Pautas de relación y cohesión del grupo y de relación con un medio ambiente cada vez más lleno de elementos humanos.

Modelos de disfrute.

La gran velocidad en que han sucedido los cambios en las condiciones de vida, no han permitido la evolución de los elementos biológicos, incluidos los determinantes biológicos del comportamiento humano. Un modelo cultural tendrá probablemente éxito si armoniza satisfactoriamente las exigencias del comportamiento humano con las del medio.

Algunos elementos básicos del comportamiento humano en la dinámica social podrían ser:

ELEMENTOS

Identidad
Cooperación
Jerarquización
Competitividad
Cohesión
Curiosidad, expansión
Aprendizaje de conocimientos
Aprendizaje de conducta
Sentido histórico

MANIFESTACIONES

Etnia, nación
Grupo cooperativo
Liderazgo
Escala social competitiva
Unidad frente a amenaza
Desarrollo
Ciencia y técnica
Moralidad, estética vital
Mitos, oráculos, planificación

La estructura de la comunidad contiene gran cantidad de elementos variables y variantes cuyo análisis no se pretende en este comentario en el que de forma somera solo se consideran tres elementos: la comunidad natural, la especialización económica y el desarrollo institucional.

Comunidad tradicional: Asentada en un marco geográfico, con esenciales lazos biológicos, tiene una economía autosuficiente en armonía o competencia con un entorno potencialmente hostil, una organización próxima a arquetipos, Jefe-consejo-guerreros-sanador-etc., fuertes lazos de identidad y cohesión, etc.

Comunidad corporativa o gremial: Incorpora la especialización económica y el mercado como elemento diferencial frente a la comunidad tradicional. Dependiente del intercambio y casi siempre enmarcada en entidades superiores, tiene una estructura jerárquica relacionada con la actividad económica, buena relación pactada con el entorno humano, fuerte identidad y cohesión para defender la identidad y los intereses del grupo.

Comunidad institucional: Las entidades supragrupales, federaciones, estado, empresas, adquieren personalidad jurídica y social propia. En su comienzo aglutinan a colectivos, desarrollándose posteriormente la relación con los individuos y el derecho de la persona. Con la movilidad geográfica se diluyen las comunidades territoriales y los lazos biológicos. Las comunidades básicas se centran en la familia y el grupo laboral, la identificación se realiza con símbolos nacionales, corporativos o de clase, con cohesión frente a amenazas externas aunque es fácil encontrar disociaciones entre intereses particulares o sectoriales, y colectivos. La estructura jerárquica es compleja y abarca toda la escala social. La participación si existe es por representación. Las relaciones sociales están intensamente normatizadas.

Momento histórico

Los grupos en expansión suelen desarrollar sociedades con instituciones preponderantes, económicas, militares y civiles, con una gran centralización del poder, basándose parte de la cohesión de la comunidad en el reparto de los beneficios de la expansión.

El final de la expansión suele producir una crisis y debilitación de las instituciones y una mayor vitalidad de los grupos primarios, con mayor capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias variantes y casi siempre plagadas de desequilibrios y problemas.

La sociedad llamada occidental ha experimentado varias expansiones en los últimos siglos, demográfica, geográfica, industrial, tecnológica, de consumo, constituyendo los países que han experimentado estos cambios en el conjunto de su población del grupo de países desarrollados. El resto de las poblaciones del planeta se encuentra en distintos grados de evolución, medida con criterio desarrollista, económica y social.

Los recursos del planeta son limitados y más limitada aún se ha demostrado la capacidad de reciclaje de los residuos de la sociedad industrial y de consumo.

Las posibilidades de expansión se ven escasas y posiblemente se dirigirán hacia la mejoría de la calidad de vida, la integridad del planeta y sus sistemas, y un desarrollo no destructivo de las poblaciones hoy marginadas. Difícilmente puede preverse una expansión ilimitada.

Nuestro país y en concreto nuestra Región se encuentra en una fase de desarrollo económico y social. Tras la incorporación a la C.E.E. se encuentra integrado en el grupo de países europeos altamente desarrollados junto a EE.UU. y Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda.

El desarrollo no está exento de daños ambientales y stress social. La estructura social ha experimentado enormes variaciones en los últimos años. La población se ha concentrado tras masivos movimientos en ciudades, donde no se ha configurado aún el sentimiento de comunidad. Tras la promoción social de las generaciones beneficiadas por la expansión se ha difuminado el sentimiento aglutinante de clase social.

En la actual abundancia económica se está desarrollando el estado del bienestar, heredero en cierto modo del estado paternalista, y sus instituciones tratan con su intervención de compensar los desequilibrios sociales denunciados, tercera edad, juventud, mujer, colectivos marginales-marginados, etc., y dar satisfacción a todas las necesidades de los ciudadanos.

Dinámica de los procesos en el comportamiento humano.

El ciclo Gestáltico de la experiencia es para la Psicología Gestáltica el núcleo de interpretación de los procesos de respuesta de los individuos y grupos humanos. El interés reside en que explica, en elementos de comprensión intuitiva que se corresponden a conocidos fenómenos vitales, fases y bloqueos de los procesos en los grupos y en los individuos.

El ciclo comienza en la fase de reposo y termina retornando al reposo. Cada una de las siete fases representa un elemento del proceso y entre fase y fase existe un bloqueo específico. A continuación se describe el ciclo numerando las fases e intercalando entre ellas los bloqueos específicos.

0. Reposo (quietud, ausencia de estímulo).
 - Introyección (no percepción del estímulo por automatismos, reglas, costumbres, prohibiciones, etc.).
1. Sensación, percepción, sensibilización.
 - Proyección (no reconocimiento de la percepción como propia, eso les pasa a otros, en otros países, etc.).
2. Concienciación (identificación, comunicación, reconocimiento, asunción, etc.).
 - Deflexión (ante una posible conflictividad se desvía la atención hacia elementos de significación neutral).
3. Energetización, movilización, conciencia de respuesta.
 - Retroflexión (se desata el conflicto volviendo la energía hacia el interior, generalmente de forma lesiva).
4. Excitación, planificación, búsqueda de recursos.
 - Confluencia (se inhibe la aportación propia, aceptando-concluyendo con la autoridad-mayoría).
5. Acción, movimiento, búsqueda del contacto.
 - Fracaso, contacto fallido.
6. Contacto, experiencia.
 - Adhesión, adicción (mantenimiento del contacto bloqueando el acceso a nuevas experiencias).
7. Retirada (conclusión del ciclo, reposo y apertura a nuevas sensaciones).

2. ELEMENTOS SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD

El concepto de salud puede ser considerado un arquetipo, un concepto primario presente de forma continua a través de la historia y de las variaciones culturales, y que por tanto en sus definiciones concretas presenta una gran cantidad de variantes, históricas y culturales.

Una definición es útil, para una comunidad con sus determinadas circunstancias, si aporta elementos que contribuyan a comprender los fenómenos de salud, a clarificar objetivos en salud y a desarrollar una dinámica constructiva de salud.

Los elementos de una definición pueden expresar diversos aspectos del transcurso vital de los individuos y de la comunidades:

Bienestar, evaluación vital positiva, vitalidad.

Capacidad funcional, adaptación de la actividad a los objetivos.

Desarrollo y plenitud.

Relación con el medio, adaptación, equilibrio, autonomía, solidaridad.

Cada individuo, cada colectivo, cada cultura, define de alguna manera, a veces de forma explícita, su propio concepto de salud y de enfermedad, que es el operante real

en la configuración de su conciencia de salud, de su evaluación y de las decisiones derivadas.

Esta evaluación de salud se realiza en dos esferas, la objetiva con información objetiva y consciente, y la percibida, llena de elementos afectivos y emocionales, que escapa a modelos de interpretación simples, y que explica gran cantidad de comportamientos sanitarios, y la vigencia del modelo de asistencia centrado en la imagen terapéutica del médico y de las actuaciones sanitarias.

Los aspectos objetivos de la evaluación son susceptibles de ser considerados con una metodología científica, siendo esto mucho más difícil con los aspectos subjetivos y afectivos, aunque muchas veces son estos los que determinan las decisiones de salud.

La percepción de la salud (en una comprensión amplia) gira en torno a dos valores, supervivencia y bienestar.

Al referirnos a la supervivencia o integridad del individuo, del grupo, de la etnia, podemos incluir en su vertiente física-biológica como elementos a considerar (además de la supervivencia de los individuos), a la economía, la agresión ambiental, las relaciones de dominio y violencia, o en su vertiente cultural, a los signos de identificación y diferenciación del grupo.

El bienestar, una vez aseguradas de forma habitual las necesidades primordiales, se convierte en un desarrollo eminentemente cultural, que aporta elementos de equilibrio, de desarrollo y de disfrute a los individuos y a las relaciones grupales.

Existe una jerarquización en la que generalmente los criterios de supervivencia predominan sobre los de bienestar. Al desaparecer la amenaza a la supervivencia suelen desarrollarse las consideraciones estéticas, y si éstas adquieren una posición relevante en los valores de los individuos y los grupos, se puede invertir este orden anteponiéndose los criterios estéticos a la misma supervivencia física.

El mismo concepto de bienestar requiere una consideración, pues desde el punto de vista afectivo representa un fenómeno con su propia dinámica (y sustentación bioquímica) en la vida de los individuos y las relaciones de los grupos. El bienestar puede ser definido como la evaluación afectiva positiva, inmediata o profunda, del proceso vital. El bienestar no es un fenómeno constante sino un estado variable, se evalúa una situación. La situación en la que se concentra la evaluación positiva es la satisfacción, y su contrario el sufrimiento. Este sustrato afectivo participa de forma determinante en las motivaciones y decisiones humanas, y es el sustrato del concepto íntimo de salud.

La satisfacción tiene su propia dinámica. Se produce generalmente al superar un estado de carencia, obtener el fruto de un esfuerzo, en un espacio vital próximo o lejano, o disfrutar de una experiencia vital y/o sensorial estética, que requiere un aprendizaje en el que intervienen los modelos culturales, y las experiencias del individuo o del grupo.

Si la situación generadora de la satisfacción se hace permanente o estable se produce generalmente una saturación y una disminución de la satisfacción percibida.

La satisfacción y el sufrimiento son experiencias que trascienden de la esfera individual, y afectan de algún modo al entorno humano, al grupo de convivencia. Además, la relación del grupo suele ser la principal fuente de satisfacciones y frustraciones.

Una sensación profunda de bienestar, posiblemente esté asociada con una equilibrada, diversa y versátil fuente de satisfacciones.

Una sensación profunda de malestar, asimilable a una situación de depresión, posiblemente esté relacionada con un desequilibrio prolongado de predominancia de situaciones vitales insatisfactorias.

Sin duda alguna existen grandes diferencias individuales y culturales en las evaluaciones vitales, que explican el gran abanico de actitudes ante la salud existentes.

Para poder incluir elementos de la esfera emocional en los análisis y poder ser utilizados con una metodología científica es preciso definirlos y trasvasarlos a la esfera consciente, e incorporarlos al conocimiento de la salud.

La salud como fin, como evaluación, como objetivo.

Cada una de las divisiones en el cuerpo de las ciencias puede ser entendida como un ámbito de conocimiento específico, medicina, economía, informática, etc., o como una disciplina de conocimiento, una manera organizada de pensar y de tomar decisiones. Esta segunda acepción, disciplina de conocimiento o manera de pensar (mentalidad en cierto modo), permite que cada disciplina sea aplicada a otros ámbitos de conocimiento, por ejemplo podemos hablar de economía de la salud, de educación de la salud, etc.

Cada época histórica o variante cultural puede tener una o varias maneras específicas de pensar predominantes, podríamos hablar de la predominancia del sistema de pensamiento económico en nuestra sociedad actual, siendo el religioso, el político, o el técnico el que ha podido ser predominante en otras épocas, ó lo es para otras culturas.

En la sociedad desarrollada de finales del siglo XX, el medio ambiente de individuo y grupo humano es básicamente humano, normatizado, tecnificado e institucionalizado, con la práctica omnipresencia de los medios de comunicación.

La expectativa de vida larga estimula el esfuerzo de supervivencia en plenitud, priorizando el cuidado de la salud como objetivo relevante, y en ocasiones predominante.

La cultura de disfrute del cuerpo, estético, deportivo, sensorial, convierte los cuidados de éste en un objetivo primordial.

La salud es un recurso económico más, en el camino del éxito social.

Existe una oferta creciente, con la consiguiente presión de consumo, de productos farmacéuticos, estéticos, naturistas, terapéuticos, etc., dirigidos al cuidado de la salud.

La cultura social de protección ante la enfermedad produce un flujo creciente de individuos y grupos a la órbita sanitaria.

Las razones expuestas, y posiblemente otras, explican la relevancia que el objetivo salud ha adquirido en la actualidad.

Esta predominancia relativa de la salud dentro del entramado de valores de la sociedad, va aún, pese a los esfuerzos de muchos, mayoritariamente ligada a un concepto de salud basado en la dinámica salud-enfermedad, con una importantísima carga afectiva de angustia (enfermedad, sufrimiento), y con una limitada capacidad de definición de problemas y de garantía en las respuestas (diagnóstico, tratamiento, curación).

La salud, definida como dinámica salud enfermedad, y sentida como objetivo predominante en la vida, puede movilizar todos los recursos hipocondríacos de los individuos y la sociedad, lo que significa una situación plagada de frustraciones para la población y los profesionales de la salud. Una atención desproporcionada a la propia salud se convierte en un nuevo problema de salud.

Es previsible que la consideración de la salud como uno de los valores predominantes en nuestro medio social persista y que vaya evolucionando el concepto de salud. En situaciones de gran desequilibrio o amenaza, la salud seguirá siendo un objetivo final por sí mismo. Pero considerar en todas las circunstancias la salud como objetivo final de las actividades con ella relacionadas, en suma de una importante porción de las actividades humanas, es posiblemente contraproducente.

Entender la salud como bienestar, como evaluación del proceso vital, convierte a la salud en un aspecto o un matiz del resto de funciones vitales.

El objetivo salud puede ser invocado como un objetivo intercurrente con otros objetivos, gracias al concepto de "saludable". Así podemos hablar de economía saludable, medio ambiente saludable, educación saludable, etc., como actividades con sus objetivos específicos, pero que asumen como objetivo asociado una contribución positiva al estado de salud.

Esta vía permite la involucración de todos en el objetivo salud, pero exige un desarrollo conceptual, y todo un proceso de participación de los agentes sociales.

La salud está inmersa en la actividad, organización y comportamientos humanos, y es favorecida o perjudicada por las decisiones tomadas en cualquier ámbito o nivel de análisis. El manejo del concepto de salud no puede ni debe circunscribirse a las instituciones sanitarias, si bien el ámbito sanitario es un medio privilegiado del que cabe esperar un liderazgo moral y el desarrollo metodológico y científico acorde a las actuales y futuras necesidades de salud.

A continuación, y a modo de ejercicio de perspectivas, se presentan unos encuadres que representen algunos elementos del sistema salud, vistos desde distintos enfoques, por niveles, desde la esfera del individuo hasta la dimensión planetaria. Cada nivel está definido por una unidad integradora de los elementos que lo constituyen:

Nivel 1

Unidad integradora: individuo.

Elementos: órganos y funciones.

Concepto de salud: la normalidad es la ausencia de enfermedad, el objetivo de las actuaciones de salud es el mantenimiento o recuperación de las funciones, el diagnóstico es nosológico, la metodología de trabajo es el análisis y los factores de riesgo son el ambiente y el comportamiento de los individuos.

Ámbito sanitario: los problemas son enfermedades y se resuelven en el marco de la medicina y enfermería clásicas, siendo el hospital la respuesta más representativa del trabajo sanitario en este nivel.

Participación: la actitud de la población en situación de enfermedad es pasiva, recibiendo cuidados, generalmente en desconexión con el medio.

Toma de decisiones: se realiza con la participación del paciente y su círculo afectivo más próximo y de los profesionales, priorizándose los argumentos técnicos y las expectativas del paciente.

Nivel 2

Unidad integradora: familia y grupo primario.

Elementos: individuos.

Concepto de salud: la normalidad es la función social satisfactoria y el objetivo de la intervención sanitaria es la óptima función social, el diagnóstico suele ser de situación, sindrómico, con un gran componente relacional y afectivo, y especial interés en los procesos de socialización. La metodología de intervención es la dinámica de grupos y los factores de riesgo específicos están relacionados con la conducta.

Ámbito sanitario: es el área de trabajo específico de la medicina y enfermería de familia, compartido con los servicios sociales.

Participación: la familia y el grupo primario se responsabilizan de los cuidados y las actividades.

Toma de decisiones: se suelen tomar en la dinámica del grupo, y además del sanitario participan otros criterios, económico, afectivo, cultural, etc.

Nivel 3

Unidad integradora: el barrio, pequeño municipio o grupo étnico.

Elementos: familias, grupos primarios, individuos.

Concepto de salud: la normalidad se mide por la existencia de unas tasas de población aceptables y la accesibilidad a los servicios comunitarios. El diagnóstico es epidemiológico, surgen los conceptos de problema de salud y problema social y se concreta todo en el diagnóstico de salud. La metodología de trabajo es el programa y los factores de riesgo son ambientales (incluyendo el ambiente cultural y social).

Ámbito sanitario: el trabajo en este escalón se integra en el centro de salud y en él encuentra sentido pleno la atención primaria de salud incluida dentro del conjunto de servicios comunitarios, sociales, educación, urbanismo, transportes, etc.

Participación: en este nivel es posible la participación directa de los ciudadanos, a

través de asociaciones, de usuarios, vecinos, padres de alumnos, culturales, afectados, y de los medios de comunicación, participación que se puede plasmar, con una representación muy próxima a la población, en los consejos de salud.

Toma de decisiones: es habitual la carencia de recursos administrativos y de soberanía para tomar decisiones en este nivel, dependiendo generalmente de estructuras y programas de un ámbito superior. Pueden existir juntas de distrito, y los pequeños ayuntamientos tienen una estructura administrativa, pero poca capacidad para intervenir en la gestión de los servicios. Existe la posibilidad de ejercer un control vecinal.

Nivel 4

Unidad integradora: la ciudad o la comarca.

Elementos: barrios y pequeños municipios.

Concepto de salud: la normalidad se mide por unas tasas de población aceptables y una distribución equilibrada de los servicios. El diagnóstico es epidemiológico, problemas de salud y problemas sociales, y se concreta en el diagnóstico de salud. Las principales metodologías de trabajo son la gestión presupuestaria y el programa de salud y los factores de riesgo son ambientales.

Ámbito sanitario: en este nivel la participación es delegada, por representación política. Son posibles asociaciones o federaciones de asociaciones de ámbito ciudadano. La participación en los consejos de salud se hace por representación, que ya resulta más alejada de los ciudadanos. Son influyentes los medios de comunicación.

Toma de decisiones: existe un nivel de autonomía administrativa, ejerciendo el control la representación política. No siempre existe una buena coordinación con los otros escalones.

Nivel 5

Unidad integradora: región, nación, federación.

Elementos: ciudades y comarcas.

Concepto de salud: la normalidad se estipula para unas tasas en presupuestos. El diagnóstico es epidemiológico, problema de salud, y las principales metodologías son la gestión presupuestaria y las estrategias de salud, incluyendo los problemas ambientales y programas de crecimiento equilibrados, ecológicos.

Ámbito sanitario: son los servicios sanitarios centrales incluidos en la administración del estado.

Participación: es delegada, por representación política, si bien pueden existir asociaciones y federaciones a este nivel. Es importante la influencia de los medios de comunicación.

Toma de decisiones: asumidas por la administración central, controladas por el parlamento.

Nivel 6

Unidad integradora: organizaciones de ámbito planetario.

Elementos: regiones, naciones o federaciones.

Concepto de salud: la normalidad se considera a través de tasas de la población aceptables y una distribución equilibrada y compensadora de los recursos. El diagnóstico es epidemiológico. Las metodologías son las estrategias de salud y los programas de salud y de desarrollo equilibrados y ecológicos. Los factores de riesgo que se perciben desde esta perspectiva son ambientales y sociales.

Ambito sanitario: organizaciones mundiales, en concreto la O.M.S., que dispone para su gestión de un presupuesto administrativo.

Participación: a través de delegaciones nacionales, y de comités de expertos, teniendo en cuenta aquí también la influencia más limitada de los medios de comunicación.

Toma de decisiones: este nivel no suele tener funciones ejecutivas, aunque tiene capacidad administrativa para colaborar con los estados. Su función es controlada por las delegaciones nacionales.

3. ELEMENTOS METODOLOGICOS

Una de las características del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud (APS) desde la conferencia de Alma-Acta es su orientación a la comunidad; es evidente que sólo una orientación comunitaria puede hacer posible la APS, entendida como el sistema que pone al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, la atención a la salud. Para ello se necesita un acercamiento más integrado a la salud de lo que se hace actualmente, brindando juntos servicios de Atención Primaria con aspectos de Salud Comunitaria: a esto nos referimos como Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).

Así pues, podríamos definir la APOC como la integración de la práctica de la APS con la Salud Comunitaria desde la perspectiva de asumir que el Equipo tiene responsabilidades compartida de la salud de la comunidad y no sólo de la población que demanda asistencia; y entendiendo por atención a la comunidad, la atención a la salud focalizada en grupos de población más que en pacientes individuales.

La APOC se ha de entender y practicar con una metodología científica que permita llegar al conocimiento de la situación de salud de una comunidad, identificar y priorizar problemas para actuar, evaluarlos, y formular nuevos problemas, todo ello con la comunidad y con el objetivo de aumentar el nivel de salud, modificar los determinantes y factores asociados a los problemas de salud.

Las bases conceptuales de la Atención Primaria orientada a la comunidad son:

- Proveer la atención clínica/social primaria a todos los individuos y familias de la comunidad con especial atención a la continuidad de la atención.

- Considerar a la comunidad como un todo y en sub-grupos para determinar: a) las necesidades de salud de la comunidad. b) Planificación e implementación de los servicios. c) Evaluación de los efectos de la atención.

Para orientar la práctica de un EAP a la comunidad deben cumplirse, en alguna medida, una serie de requisitos en la organización de los servicios, actividades y en la formación de los profesionales.

1. La prestación de servicios de atención primaria con unas características:
 - Accesibles: integrados en la comunidad, física, social y culturalmente.
 - Integrales e integrados: atiendan todos los problemas de salud de la comunidad sin selección previa y todas las dimensiones de los mismos y con funciones de prevención y promoción de la salud sobre la misma comunidad a la que prestan atención clínica/social.
 - Continuados y permanentes: asegurando la atención a largo plazo de los problemas y en todas las etapas de la vida con coordinación con los demás niveles del sistema sanitario.
2. Una comunidad delimitada: susceptible de ser conocida en su totalidad y no excesivamente grande. El requisito imprescindible es la voluntad de llegar a todas las personas sobre las que el servicio tiene responsabilidad sean o no consultantes del mismo.
3. Trabajo mediante la metodología de programas: deben surgir de las necesidades detectadas por el equipo y la comunidad y además deben estar integrados con la atención individual y no actividades desligadas o superpuestas.
4. Conocimientos y habilidades en epidemiología por todos los miembros del EAP.
5. Trabajo en equipo multidisciplinario.
6. Participación comunitaria. El EAP no puede decir que objetivos deben marcarse o qué problemas son prioritarios, sino que debe trabajar con la comunidad todos los aspectos de sus funciones que se refieran a la misma (niveles de participación). Ver más adelante.
7. Coordinación intersectorial. Hay que implicar a otros sectores ya que la salud de la población está relacionada con ellos, además del sanitario.

Finalmente, se requiere la decisión de todo el equipo, ó de la mayoría, de trabajar con esta orientación y un sentimiento conjunto de implicación en la mejora de la salud y las condiciones de vida de la comunidad en la que se trabaja.

¿Cuál es la metodología de trabajo en APOC?

Una vez el equipo cumple estos requisitos, debe plantearse con qué metodología va a trabajar para llevar a cabo una práctica de atención primaria orientada a la comunidad. Abramson ha sistematizado el ciclo de trabajo en una secuencia flexible de una serie de etapas (figura 1).

1. La primera es el **examen preliminar** de la comunidad para conocer sus características e identificar sus problemas de salud más importantes.
2. La segunda es la **priorización** para decidir sobre qué problema ó problemas se debe iniciar la intervención.
3. **El diagnóstico comunitario** intenta conocer en profundidad la situación de determinado problema en nuestra comunidad para decidir la intervención y diseñar la estrategia más adecuada.

4. Una vez decidida la necesidad y el tipo de intervención, la siguiente etapa es **la planificación de la intervención** con la metodología propia de los programas de salud: definición de objetivos, plan de actividades, distribución de recursos, diseño de los métodos de vigilancia y evaluación.

5. **Puesta en práctica del programa**, con la vigilancia de la realización del plan y las condiciones de salud relacionadas con el programa.

6. **Evaluación del programa**, en los términos que se haya decidido, lo cual lleva a reiniciar el ciclo.

1. EXAMEN PRELIMINAR: Conocimiento de la comunidad.

¿Cómo abordar el conocimiento de nuestra comunidad para llegar a conocer cuáles son sus problemas, ver qué está pasando?

Esta fase ha de ser muy operativa y utilizar una metodología pragmática que sea suficiente para identificar los problemas de salud más importantes en nuestra comunidad; se trata de recoger datos que ya se conocen sobre la misma, tanto los que hacen referencia directa al estado de salud, como a sus determinantes. No hace falta un estudio exhaustivo, pero sí debe recoger tanto datos objetivos (acontecimientos observables), como los subjetivos (impresiones de los profesionales y de los miembros de la comunidad sobre su salud).

En las tablas I y II se presenta de forma detallada la información a recoger en el examen preliminar y las fuentes de datos.

¿Quién debe hacer el examen preliminar?

Debe llevarlo a cabo el equipo de atención primaria, con participación de profesionales no sanitarios que puedan estar involucrados en el proceso de salud de la comunidad, así como la propia comunidad.

Posteriormente, los datos obtenidos deben ser examinados y elaborados con la ayuda de la metodología epidemiológica, lo cual permitirá interpretarlos, compararlos e identificar los problemas más relevantes.

2. La finalidad última del examen preliminar es identificar una condición de salud de alta prioridad. Para identificar esta condición tendremos en cuenta:

- Seriedad del problema: muerte, invalidez (física, psíquica, social).
- Prevalencia de la enfermedad o condición.
- ¿Se puede hacer algo? ¿Podemos mejorar la situación? ¿Existe conocimiento científico que nos indique que se puede hacer algo? ¿Existen recursos? ¿Existe personal para poder hacerlo?

- ¿Cuál es la situación o interés del equipo para hacer algo?
- ¿Cuál es la preocupación o motivación de la comunidad respecto al problema?

3. El diagnóstico comunitario

Pretende obtener información sobre la extensión, naturaleza e impacto del problema de salud elegido como prioritario. Así el diagnóstico comunitario es en realidad la primera etapa del programa de intervención sobre una determinada condición de salud y no forma parte ya de las etapas preliminares. Es un proceso que requiere una inversión de recursos mucho mayor, de ahí la necesidad de una priorización previa.

Así pues, el diagnóstico comunitario nos va a permitir estudiar de forma más precisa:

- La frecuencia, distribución y determinantes de la condición de salud prioritaria.
- El impacto y la actitud de la comunidad hacia la misma.
- Si existe necesidad de intervenir, así como la forma en que debe llevarse a cabo.
- La población sobre la que se ha de intervenir.
- La obtención de datos de base que permitirán después evaluar los cambios producidos al intervenir.

4. Intervención

Una vez hecho el diagnóstico del proceso estudiado hay que tomar una acción en salud, teniendo en cuenta que:

- Es para toda la comunidad con su plena participación en el proceso de su desarrollo.
- Procede del equipo de trabajo: los profesionales del EAP y los miembros elegidos de la comunidad.

Antes de planificar una intervención hay que preguntarse qué se ha hecho respecto al problema específico que estamos tratando de mejorar, tanto por el equipo como por la propia comunidad, y plantearse que más se puede hacer: Diseñar un programa de salud y ponerlo en práctica (etapas de la planificación).

5. Por último hay que evaluar el cuidado de la salud en los siguientes aspectos:

- a) Medición de la calidad del cuidado otorgado:
 - De los resultados del cuidado.
 - De la extensión del cumplimiento del programa.
 - De la respuesta de la comunidad.

Cuadro resumen de los distintos modelos de Educación Sanitaria

	Modelo Informativo (Gilbert, Derry)	Modelo persuasivo-motivacional (Costa y López)	Modelo ecológico- económico	Modelo de participación-compromiso (Serrano-González)
Objetivos	Traducir los conocimientos en comportamientos. Obediencia.	Cambio de comportamiento. Ps. conductista.	Desarrollar una conciencia social. Cambiar el ambiente.	– Autonomía del hombre en el manejo de su salud. – Solidaridad y compromiso con los demás hombres en el cambio a estructuras saludables e igualitarias.
Método	Impartir conocimientos de salud individualmente.	Acentúa metas individuales y la adaptación social. Iniciativa del educador.	Trabajo comunitario. Buscar los problemas de salud que surgen de la estructura económica.	Diálogo y participación entre la comunidad y el educador sanitario. Ver-Juzgar-Actuar.
Contenido	Praxis educativa proteccionista. Parte de métodos y contenidos unilateralmente.	Mantiene los códigos de la cultura dominante. No integra a una parte importante de la sociedad. No hay participación crítica.	Respuestas a preguntas concretas de los sujetos.	Reconocimiento de la dignidad de las personas. Diálogo.

Cada modelo incluye parte del anterior.

PARTICIPACION

La participación significa ir capacitando a la población para que asuma responsabilidades y tenga capacidad de actuación en actividades comunitarias.

La participación no es un invento de las sociedades democráticas, sino fundamentalmente una NECESIDAD sin la cual el hombre no sería tal.

Dar más "poder" a la población es un tema casi tan viejo como el mundo, pero son distintas las soluciones que se aportan en cada etapa.

La participación confiere a la democracia formal, un contenido social, mantiene la legitimidad y enriquece a la democracia representativa.

En todos los estados democráticos occidentales existe una estrategia plasmada en documentos jurídicos y políticos que consideran que la democracia representativa debe salvaguardarse como punto de partida y perfeccionarse o completarse con **nuevas formas de participación**.

Todas las formas de participación sufren en el momento actual una crisis de desarrollo debido a la reconocida tendencia de las sociedades urbanas a estimular el individualismo y la competitividad. Frente a ello, la participación "participativa" favorece la responsabilidad y solidaridad colectiva.

- b) Medición de la satisfacción de la comunidad.
- c) Medición de la satisfacción del EAP.
- d) Medición del coste del programa.

PARTICIPACION COMUNITARIA Y EDUCACION PARA LA SALUD

Estos conceptos han venido siendo hasta ahora una separata que había que intentar introducir en todas y cada una de las actividades del EAP.

Por ello, el grupo que hemos trabajado esta ponencia no queremos tratarlo como un capítulo más, al final del esquema general realizado.

No obstante y debido precisamente a la falta de costumbre que tenemos en considerar estas actividades como íntimamente ligadas a nuestro trabajo cotidiano, incluimos unas breves anotaciones que nos sirvan para reflexionar o mejor para poner en práctica lo que constituye el sentido de esta ponencia.

Se ha dicho y repetido que la participación comunitaria es una metodología y un objetivo de la Educación Sanitaria. Participación entendida no sólo en la gestión de los servicios (aunque también) como en la gestión de la salud, es decir condiciones de vida y de trabajo.

No se puede hacer Educación para la Salud si no se tiene en mente que el fin de ésta es:

- En 1^{er} lugar la defensa y promoción de la salud de todos y cada uno.
- En 2^o lugar, si consecuentemente no es el ciudadano (individual y colectivo) el protagonista y sujeto del sistema.

Esto entra en contradicción con el papel hasta ahora del usuario como paciente-cliente cuyo rol evidentemente es pasivo receptor de asistencia sanitaria.

También entra en contradicción con el papel del profesional sanitario que hasta ahora, diagnóstica, cura, incluso previene, pero desde una perspectiva aislada, su asistido no es un ciudadano, sino un paciente preferiblemente enfermo; si no existe enfermedad el sanitario que diagnóstica, el que cura, el que tramita la prestación social, el que da la hora de cita previa, pasa el informe a máquina o coge el teléfono, pierde su rol profesional.

Y el usuario acostumbrado de hecho a despejarse de su historia de ciudadano, de trabajador, de padre, de madre ó de hijo, despojado de su propia historia de enfermo. identificado como caso clínico, tiene permiso para hablar, pero sólo en nombre de la enfermedad, se le concede un diccionario con tal que sea sólo el de los síntomas.

La enfermedad es la esencia y el enfermo el accidente.

La Educación Sanitaria es una actividad que reconoce el territorio como centro de atención y la población como interlocutor y referente. Educación Sanitaria entendida como compromiso cotidiano y continuado de los servicios.

Existe obviamente quien se pregunta y pregunta, quién debe ser el profesional sanitario a nivel de base, de la educación sanitaria, si se pueden preveer figura específicas y en tal caso cuáles.

Afirmamos que todos los profesionales sociosanitarios incluidos los de la escuela, los trabajadores culturales, los representantes de la sociedad, deben ser los educadores sanitarios.

Esta es nuestra propuesta cultural metodológica y operativa. No de manera especial, ni ocasional, ni si queda tiempo, sino como un hecho normal de las respectivas funciones (competencias) y actividades cotidianas (preventivas, curativas y rehabilitadoras).

Una exigencia esencial para ello, es tener un equipo de base organizado, operando con una realidad práctica; trabajo de grupo, en cuyo interior cada profesión aporta su competencia específica y sus técnicas y métodos de trabajo: cuyos componentes se hallen dispuestos a compartir objetivos, enfocando los elementos unificantes de la comunidad, aunando y activando más profesiones y más funciones en torno a un problema común.

Tal trabajo ha de realizarse utilizando el método epidemiológico (cultural y operativo) realizando investigación y experimentación, y contribuyendo a la formación de base del propio equipo y de la población.

Realizar Educación Sanitaria es obtener informaciones correctas y suficientes, ser capaz de analizar la propia realidad, la del barrio, la de la escuela o del ambiente de trabajo, sacar deducciones en relación con las condiciones de vida y salud.

En resumen, las finalidades de la E.S. son:

1. La E.S. debe conseguir que la salud se inserte en los valores reconocidos por la comunidad. Las decisiones de cada uno de nosotros no son autónomas, la sociedad las condiciona y las orienta.

2. La E.S. debe ofrecer a la población conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver los problemas de la salud.

3. La E.S. debe favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios.

Las funciones del profesional son:

1. Ayudar a interpretar los propios conocimientos y problemas.

2. Presentar el problema en términos científicos, con la búsqueda conjunta de las soluciones.

3. Veracidad de la información para una correcta afirmación científica con fines educativos.

La participación en salud adquiere especial importancia puesto que en definitiva se trata de dar forma a la tendencia actual de intento de recuperación del control sobre el propio cuerpo. Esta tendencia, unida al conocimiento de la influencia del medio ambiente y de los hábitos de vida en el mantenimiento de la salud, se manifiesta en los últimos tiempos con el nacimiento de diversos movimientos sociales que relacionados con el amplio concepto de salud, de forma espontánea, intentan participar en la elaboración y ejecución de las soluciones que los Poderes Públicos den al problema socio-sanitarios.

Factores que dificultan la participación

1. El ciudadano encuentra dos obstáculos a su participación: desinformación y complejidad.
2. El sistema sanitario: cuyo enfoque sigue siendo eminentemente curativo y basado en el concepto de enfermedad. (El paciente es un cliente y por lo tanto su rol es pasivo = receptor de asistencia sanitaria).
3. Los técnicos del sistema sanitario: se oponen a toda forma de control de su trabajo, que pueda implicar un aumento del nivel de exigencia.

Existen dos formas claras de participación:

1. Participación indirecta: Es un sistema indirecto, sin capacidad decisoria. Es el sistema propiciado por la L.G.S. a través de las Corporaciones Locales, fomentando la delegación por parte del ciudadano de su responsabilidad en el terreno de la salud en sus representantes elegidos. Las fórmulas empleadas en este sistema son: Consejos de Salud de Area, Consejo de Salud de Zona, etc.

2. Participación directa: Supone la participación activa de la población. consistiría en extender su participación institucional a otros niveles con nuevos mecanismo y la introducción de la capacidad decisoria en los órganos de participación.

Se puede comenzar el trabajo en la comunidad en primer lugar saliendo del despacho, frecuentando los centros de la comunidad, los hogares y los lugares de trabajo de la población para informarse de las necesidades reales o potenciales, percibidas, y de las demandas correspondientes.

A continuación y paralelamente deberemos adiestrarnos a nosotros mismo así como a la comunidad, para conjuntamente movilizar a las autoridades sanitarias. De esta forma se podrá asumir cada vez más una responsabilidad directa en los asuntos de salud.

EXTENSION DE LA PARTICIPACION A OTROS NIVELES E INTRODUCCION DE NUEVOS MECANISMOS DE PARTICIPACION

La participación no debe limitarse al nivel institucional, sino que debe incluir a colectivos en los que el hecho de pertenecer a un determinado grupo social o de afecta-

dos por un problema de salud suponga una motivación para el acercamiento a la participación en el sistema sanitario. Son necesarias una serie de actuaciones, que encaminadas al objetivo de solucionar los problemas de salud de una determinada comunidad, lo logre con el concurso de los ciudadanos. Para ello se requiere:

- a) Convencer a los planificadores de la importancia de la participación comunitaria.
- b) Realizar diagnóstico de los conocimientos de la comunidad en materia de salud, previo a campaña informativa.
- c) Motivación mediante la información.
- d) Organización de grupos sociales.
- e) Descentralización.
- f) Legalizar canales de participación.
- g) Constitución del Consejo de Salud.
- h) Análisis de los problemas.
- i) Análisis de los recursos.
- j) Fijación de objetivos.
- k) Programación.
- l) Evaluación periódica.
- m) Corrección y reorientación de los programas

En todas y cada una de las fases del proceso de participación debe garantizarse la presencia de los ciudadanos. Existirán básicamente tres niveles de problemas que deben de ser resueltos mediante tres mecanismos de participación.

Problemas de salud que afectan a toda la comunidad: los problemas medioambientales, las campañas preventivas y educativas sobre enfermedades de especial incidencia deben abordarse en colaboración con representantes directos de la comunidad.

Problemas de salud que afectan a determinados grupos sociales: la elaboración de programas de salud de la mujer o de programas de salud del anciano no debe adordarse sin la integración de estos grupos sociales. La zona de salud es posiblemente el marco geográfico donde debe hacerse efectiva esta participación.

Problemas de salud que afectan a determinados colectivos: los ciudadanos, directamente afectados por determinados problemas, diabéticos, afectados SIDA, pacientes en diálisis, están especialmente sensibilizados a la participación en el sistema sanitario. Su contacto frecuente con los dispositivos asistenciales hace que su nivel de información sea más alto que el del resto de la población y este hecho aumenta lógicamente su capacidad para desarrollar una participación efectiva. En determinadas situaciones esta participación deberá hacerse a nivel de la zona (asistencia al diabético, prevención de toxicomanías, prevención de la enfermedad renal) y en otras situaciones el nivel de área será el más adecuado (programa de trasplantes, programas de desintoxicación y rehabilitación de toxicómanos, programas de tratamiento de insuficiencia renal y de pacientes afectados por VIH).

COORDINACION INTERSECTORIAL

La salud de una población está relacionada con muchos otros sectores, además del sanitario, a los que habrá que implicar:

Según alma Ata: "La Atención Primaria entraña la participación además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos al desarrollo familiar y comunitario (agricultura, alimentación, industria, educación, vivienda, etc.) y exige los esfuerzos de todos estos sectores".

Y según **Edmund Durke**: "Nadie cometió mayor error que el que no hizo nada pensando que sólo podía hacer un poco".

Partiendo de estas dos premisas, intentemos construir la pirámide que nos llevará a la cumbre donde se toman las decisiones últimas.

Intentemos responder a la siguiente pregunta:

– ¿Qué puedo hacer yo para mejorar la salud?

1ª Respuesta: Yo como individuo puedo influir para mejorar mi entorno.

2ª Respuesta: Mi Equipo de Atención Primaria puede influir para mejorar el entorno.

3ª Respuesta: La zona donde confluyamos diferentes profesionales, asociaciones, etc., podemos influir para mejorar el entorno.

Otra pregunta sería:

– ¿Necesitamos realmente propiciar cambios?

Recordemos que cambio y participación están estrechamente ligados y deben ir juntos, también, en el proceso de desarrollo comunitario. Se puede decir que el trabajo en comunidad es la "participación en el cambio".

Para contestar a la pregunta anterior, nos vamos a referir a la Asamblea de la Región Europea (1980) a la que pertenecen 850 millones de habitantes, en la que se analizaron los problemas sanitarios de nuestras poblaciones, así como la causa de ellos. En ella se hace referencia al período comprendido entre 1960-1980, donde a pesar de las enormes inversiones realizadas en el sector salud, la esperanza de vida en el adulto no está progresando, en muchos casos está disminuyendo y ello sobre todo debido al aumento del cáncer, enfermedades cardio-vasculares y accidentes. También han aumentado significativamente los problemas de salud mental (en particular los suicidios).

– Aumento del consumo de alcohol.

– Aumento del consumo de tabaco.

– Aumento del consumo de grasa animal.

– Disminución de ejercicio físico.

– Realización de urbanizaciones alocadas, que promueven una estructura social conducente a un rápido aumento del aislamiento y el sentimiento de soledad en la población.

Sin hacer uso de otras respuestas más personales o motivadas, parece suficiente argumento que responde a la necesidad de propiciar cambios.

La comunidad debe plantearse nuevas conductas a nivel colectivo. Podemos hablar de muchas formas de hacer posible nuestra influencia en los cambios colectivos. Entre ellos están:

- La decisión del propio estilo de vida.
- Las actividades ocupacionales y profesionales.
- La acción social.
- La actividad política.
- El servir de modelo para otros tipos de actividad pedagógica.

Finalmente se requiere la decisión de "todo el equipo" o de la mayoría, de trabajar con esta orientación y un sentimiento conjunto de implicación en la mejora de la salud y las condiciones de vida de la comunidad en la que se trabaja.

Este requisito suele bloquear a los equipos que quieren iniciar una actividad comunitaria a causa del planteamiento del todo o nada. Es más realista considerar diversos niveles de participación de la que debe existir un nivel mínimo y en la que se debe avanzar progresivamente hacia una mayor implicación de la sociedad.

La forma en que presentamos y utilizamos los recursos de la comunidad, desvela que buscamos unos objetivos concretos: en nuestro caso, que la gente participe, se autovalore, se haga responsable de sus problemas de salud, sepa resolverlos, sea **sujeto** del proceso y no **objeto**. Los ciudadanos deben dejar de ser sujetos pasivos a los que se les otorga unos bienes del Servicio Sanitario que por muy buena voluntad que se ponga en las distintas cúpulas donde se realiza el reparto, casi nunca serán los que los ciudadanos interesados, conocedores de sus realidades hubieran elegido.

4. ELEMENTOS ESTRATEGICOS

Objetivos orientados a la comunidad

Para marcar estos objetivos hemos creído necesario partir del análisis de la realidad.

I. Situación de los equipos de APS:

Partimos de la idea de que, aunque se realizan algunas actividades comunes, en general hay:

- 1.1. - Ausencia de trabajo en equipo, entendiéndolo como tal:
 - Marcar metas en común.
 - Definir objetivos en común.
 - Establecer horarios para las actividades marcadas.
 - Compartir inquietudes, etc.

Trabajo en equipo supone una actitud abierta: se trabaja en conjunto, se admiten críticas, y se van modificando actitudes.

1.2. Delimitación de las funciones específicas de cada profesional. La estructuración de los equipos por estamentos lleva a veces a situaciones en las que existen distintas "clases sociales" con sus luchas correspondientes.

1.3. Falta de conocimiento y práctica de dinámica de grupo en los EAP.

1.4. A pesar de que se admite la programación como forma de trabajo, no se suelen realizar los programas a partir del Diagnóstico de Salud.

1.5. La organización del trabajo, en cuanto a horario, está en función exclusivamente de la labor asistencial, no teniendo en cuenta la disponibilidad de la comunidad en este sentido, a la hora de trabajar con ellos.

1.6. No existe un conocimiento real de los problemas de la comunidad y de los factores que los condicionan. Aquellos centros que tienen hecho el Diagnóstico de Salud, lo han realizado con una visión bastante sesgada o parcelada de la realidad, esto va a limitar en gran medida el trabajo de Promoción de Salud.

II. Situación de los profesionales

Aunque los profesionales hayan optado por el trabajo específico en APS, su actividad se desarrolla de la forma más tradicional, olvidando las actividades de **prevención y promoción de salud**. Una posible causa de esto podría encontrarse en la coacción, por parte de la administración, a algunos profesionales para integrarse en los EAP, sin mediar ningún tipo de reciclaje.

2.1. Preparación de los profesionales.

– La formación es fundamentalmente hospitalaria.

– No se fomenta la investigación en Participación Comunitaria y en Educación para la Salud.

– La formación recibida no fomenta el espíritu crítico ni la creatividad.

– No existe aprendizaje en trabajar en equipo.

– No existe aprendizaje en dinámica de grupo.

2.2. Disponibilidad de los profesionales.

– Generalmente, este tipo de actividades se basan en el voluntarismo de los profesionales: siempre se llevan a cabo por los mismos.

– La distribución del horario laboral, generalmente está en contradicción con este tipo de actividades.

– A veces es un problema de actitud; por la incredulidad en la importancia de la Promoción de la Salud, y que ésta pueda modificar las actitudes de las personas.

– Mal reconocimiento de las actividades de los profesionales realizadas fuera de las labores asistenciales.

2.3. Ideología de los profesionales.

a) Como aspectos positivos podríamos señalar:

– La opción por la APS, por un concepto de Salud, admitiendo como pilares fundamentales del trabajo la Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación.

– Se admite la Programación como forma de trabajo y la importancia del Diagnóstico de Salud de la comunidad.

– Cada vez hay más profesionales que inician experiencias de Prevención, Promoción, Participación Comunitaria y Educación para la Salud.

b) Como aspectos negativos se destacan:

– La realidad dice que entre las actividades de la APS, sigue siendo prioritaria la Asistencia, seguida con menos relevancia de la Rehabilitación, y a más distancia la Prevención; la Promoción de la Salud estaría en último lugar.

– No existe hábito de participación, se está impregnado de los valores que priman en nuestra sociedad: individualismo, competitividad, falta de solidaridad...

– Hay inseguridad y miedo de salir a la comunidad.

– La población diana son los enfermos y frecuentadores.

– "Poseemos las claves de la salud, los conocimientos, la verdad, y la población es ignorante, sin elementos ni posibilidad de evolución, y con quien no se puede tener una relación de igual a igual".

– La formación recibida afianza a los profesionales en:

* Orientarnos a la enfermedad-asistencia.

* No favorece el trabajo interdisciplinar.

* No favorece el trabajo en equipo.

* No posibilita la dinámica de grupo.

* No orienta hacia la Educación para la Salud.

III. Situación de la comunidad

3.1. Aun existiendo una delimitación geográfica de las Zonas Básicas de Salud, los EAP atienden población que no queda incluida en dicha delimitación, con la consiguiente dispersión del radio de acción, haciendo a veces imposible la delimitación de la comunidad. La causa de esto estaría en que se siguen adscribiendo las cartillas por el INSS, institución que poco entiende de delimitaciones de Zonas de Salud, ni de trabajo comunitario.

3.2. No existe, generalmente, un adecuado funcionamiento de las asociaciones existentes, cuyas actividades no van orientadas a la resolución de las necesidades latentes en una comunidad.

3.3. Falta de práctica asociativa en los grupos; en la mayoría de los casos es un reducido número de personas con inquietudes las que definen objetivos, fijan actividades, trabajan, pero con escaso poder de convocatoria.

3.4. En algunas comunidades existe un desengaño hacia las instituciones, a veces se las ha "utilizado" en cuestiones muy puntuales.

3.5. La responsabilidad de la Salud se delega en los profesionales sanitarios.

3.6. La Salud = Enfermo = Medicamento.

3.7. En Centro de Atención Primaria es concebido por la comunidad como un "am-

bulatorio con más personal", y como mucho se le asocian determinados niveles preventivos: vacunación, diagnóstico precoz del cáncer femenino...

3.8. Para el estudio de la comunidad es necesario investigar los diferentes niveles de participación en los que se pueden encontrar su red asociativa, y de esta manera adecuar el trabajo comunitario. Generalmente en aquellas comunidades en que existe participación, ésta se suele encontrar en un nivel bastante primario, la comunidad se organiza ante la existencia de un problema muy puntual y su reivindicación se limita a la demanda de un servicio, no es frecuente que se plantee la necesidad de intervenir en un trabajo de prevención de los problemas.

3.9. La coordinación entre asociaciones suele ser escasa, lo que determina un bajo nivel de estructura asociativa.

A partir de la realidad anteriormente descrita, nos marcaremos unos **objetivos orientados a la comunidad**.

I. EN RELACION A LA COMUNIDAD

1.1. El primer objetivo estaría en relación con el concepto de **salud**, concretándose en:

– Cambiar el concepto de Salud en la comunidad en relación

* que sea un concepto más dinámico y más real.

* que tenga en cuenta los determinantes de la Salud.

– Fomentar la capacidad crítica; no sustituir un concepto por otro, sino aportar elementos para elaborar un concepto de Salud que pueda ir evolucionando con el paso del tiempo.

1.2. El conseguir ese primer objetivo nos lleva al segundo: la toma de conciencia por parte de la comunidad de su situación de Salud. Esta toma de conciencia supondrá.

1.3. Autorresponsabilizarse de su Salud.

1.4. Demandar mayores niveles de Salud mediante el cambio de las condiciones personales, medioambientales, sociales...

1.5. Integrar la Salud en la vida cotidiana: hábitos y objetivos saludables. Hacer especial hincapié en la escuela como ámbito fundamental del aprendizaje.

La forma de llegar a estos objetivos, sería mediante los dos últimos:

1.6. Aumento del nivel real de participación.

1.7. Participación, junto a los profesionales sanitarios en:

* Diagnóstico de la realidad.

* Priorización de problemas.

* Definición de objetivos, programación de actividades, ritmo de las mismas, horarios, presupuestos...

* Ejecución.

* Evaluación.

II. EN RELACION A LOS PROFESIONALES

2.1. Trabajo en equipo.

2.2. Asumir como fundamentales en la APS la Prevención y Promoción.

2.3. Fomento del trabajo multidisciplinar.

2.4. Coordinación entre las distintas instituciones que tienen relación con la Salud: Escuela, Servicios Sociales, Medicina Laboral, Medio Ambiente, Urbanismo...

Para poder conseguir estos objetivos sería preciso:

* Capacitación de los profesionales de APS para el trabajo en equipo y para el trabajo con la comunidad (dinámica de grupo, técnicas de trabajo comunitario, Educación para la Salud...). Esto supondría.

– Reciclar a los profesionales que actualmente trabajan.

– Reorientar los planes de estudios.

* Adecuación del horario de trabajo, realización de un organigrama que incluya la distribución de las tareas y actividades de los diferentes miembros del EAP. Sería necesario integrar de hecho al equipo multidisciplinar a farmacéuticos, veterinarios...

* Creación de un miniequipo, que podría estar integrado por 1 trabajador social, 1 médico, 1 enfermero y 1 técnico de salud, cuya misión sería:

– Potenciar actividades orientadas a la comunidad.

– Coordinarse con otras Zonas de Salud el Area en cuestiones relacionadas con la Participación Comunitaria.

– Dinamizar al EAP en dichas cuestiones.

– Coordinarse con la comunidad.

PROPUESTA ESTRATEGICA

Antes de plantear una propuesta de estrategia sería necesario tener en cuenta una serie de **requisitos previos**:

1. Conocimiento de las asociaciones que existen en la comunidad en cuanto a:

* Quiénes son.

* Ambito del colectivo.

* Nivel real de funcionamiento.

Todo esto encaminado a poder iniciar el trabajo según sus posibilidades de respuesta.

2. Establecer las actuaciones con una continuidad, es importante para conseguir resultados que no se realicen actividades aisladas, puntuales. Para conseguirlo habrá que:

* Elaborar estrategias a largo plazo, que supongan una sucesión encadenada de acciones, en pasos sucesivos.

* Crear una estructura organizativa que lo sustente; no podemos dejar que estas actividades dependan de la actitud voluntarista de las personas que en un momento

concreto estén en los EAP. La propuesta es la creación del "Miniequipo" del que habíamos anteriormente.

* Desarrollar en la comunidad la estructura organizativa, favoreciendo la coordinación entre las distintas asociaciones, la representatividad, la solidaridad...

* Dinamizar la participación en la comunidad.

3. Necesidad de capacitar al personal del EAP. Para realizar la AOC es necesario **querer y saber** (formación y capacitación).

4. Coordinación intersectorial con otras instituciones que trabajen en la comunidad.

Partiendo de los objetivos que nos planteamos en relación a la comunidad:

1) Cambio del concepto de Salud, favoreciendo la capacidad crítica, que incluyera los factores condicionantes de Salud y que fuera más dinámico.

2) Toma de conciencia de su situación de Salud.

3) Autorresponsabilizarse de su Salud.

4) Demanda de un nivel de Salud superior.

5) Integrar la Salud en la vida cotidiana.

6) Aumentar el nivel de participación.

7) Participación conjunta en el diagnóstico, priorización, programación, realización y evaluación de las tareas.

Deberíamos centrarnos, en un primer paso, en los tres primeros objetivos.

¿Por qué utilizar los programas como elemento estratégico en la APOC?

1. En la práctica totalidad de los Centros de Salud se trabaja con programas, entendiendo como tales "el conjunto organizado de actividades encaminadas al logro de unos objetivos y metas definidos, gradualmente más concretos, que las finalidades generales a las que contribuyen".

2. Son una forma de organización del trabajo que nos permite:

– Trabajar en base a objetivos.

– Establecer indicadores de evaluación.

– Contemplar actividades de Promoción y Prevención.

– Delimitar grupos o asociaciones de la comunidad, con los que empezar a trabajar (motivados por una patología concreta, un grupo de edad, mujeres, APAS,...).

PROPONEMOS iniciar el trabajo con una serie de programas:

– P. de la infancia.

– P. de la mujer.

– P. del anciano.

– P. del Medio Ambiente.

Nos basamos para esto en:

– Son programas que, salvo el último, se desarrollan en todos los Centros de Salud.

– Por la repercusión que dichos programas puedan tener en el nivel de Salud de la comunidad.

- Se dirigen a colectivos que poseen una gran receptividad en Salud.
- La mujer, importante en más de uno, se constituye en un agente de Salud fundamental.
- Precisan de la colaboración de toda la comunidad para el cambio de los factores de riesgo.

En las actividades de Promoción necesitamos un método de trabajo que nos ayude a conseguir los objetivos y metas que queremos alcanzar.

"Entendemos por método de trabajo la selección y organización de recursos disponibles y de las actividades educativo-sanitarias en los diversos puntos de partida. Las actividades tienen la función de crear los recursos favorables para llegar a alcanzar los objetivos, de tal forma que combinados con las técnicas utilizadas ayuden a la población a analizar y a situar ese análisis en un conjunto amplio, que lo configura y lo concreta en un acontecimiento significativo más allá de sí mismo."

"La metodología es un proceso constante de construcción dinámico y a la vez una forma donde quepa la crítica en su propia dinámica."

La metodología que proponemos es la de "**ver-juzgar-actuar**", descrita por la doctora Isabel Serrano González en su libro "**Educación para la Salud y Participación Comunitaria**".

Nos parece la metodología más adecuada para lograr los objetivos marcados en base a que:

- Es fundamentalmente participativa.
- Posibilita tanto el aprendizaje-conocimiento de la situación de Salud y favorece la conciencia crítica.
- Supone un aprendizaje de la participación.
- Es eminentemente práctico: el análisis de la realidad lleva desencadenado el actuar.
- Ya existen experiencias válidas en Salud con este método.

Forma de ponerlo en práctica

Debe de ser progresivo, no podemos querer hacer en un mes lo que no se ha hecho en toda la vida.

Hay que partir de la situación de la comunidad; de los colectivos que existen en relación a los programas que nos planteamos. No podemos forzar la dinámica de los mismos, si no caeremos en una nueva "ideologización" de la Salud: pasaremos del culto al "medicamento y asistencialismo" al culto de la "autorresponsabilidad y participación", que sin un proceso que lo posibilite realmente, en convierte en algo vacío de contenido, y por lo tanto, condenado al fracaso.

El primer paso suele ser el más difícil de dar, por el miedo existente a la comunidad, no saber como empezar...

Se puede utilizar cualquier problema de salud que inquiete a la población, por ejemplo: jeringuillas a la puerta de un colegio, escasez de contenedores de basura,...

Cualquier inicio vale, siempre que utilicemos una metodología adecuada que nos permita continuar.

Teniendo en cuenta la situación de la comunidad, la iniciativa debe de partir del EAP, ya que la población, generalmente, no está motivada en temas de salud.

Es necesario plantearse, a la hora del diseño de la actividad, las instituciones existentes en la zona que puedan tener relación con ella, y solicitar su colaboración.

El primer paso sería sensibilizar a la comunidad en relación a la salud partiendo de un problema concreto de salud (factores de riesgo).

Dicha actividad deberá de ser diseñada por los profesionales del EAP (con toda seguridad, por la situación de la comunidad a la que nos hemos referido anteriormente), presentándola a aquellos grupos que más motivación tengan en relación a ese problema de salud, y que más organizados estén.

Se debe buscar contacto con otras instituciones para implicarles en el proyecto.

El siguiente paso sería diseñar conjuntamente con representantes de esa comunidad, aquellas actividades de promoción de salud incluidas en programas de salud, que posteriormente serían ejecutadas y evaluadas conjuntamente.

De esa evaluación deberían surgir nuevos proyectos donde participarán los representantes de colectivos, ya desde la programación.

Resumiendo, nuestra propuesta estratégica de trabajo en APOC se basa en:

– Trabajar con los **programas**, que deben de tener un contenido fundamental de **promoción de salud**. La importancia de ésto radica en que:

- Tiende a modificar factores de riesgo.
- Es la forma por la que se puede conseguir la autorresponsabilización de la comunidad.
- El EAP debería:

1º) Identificar factores de riesgo que sean concretos y modificables.

2º) Conocer que Instituciones, Asociaciones, existen en la zona en relación a ellos, y solicitar su colaboración.

3º) Realizar una propuesta concreta de objetivos y actividades. Lo que nos llevaría a un inicio de trabajo conjunto entre el EAP / Instituciones / Asociaciones.

4º) Contacto con colectivos, para la propuesta de actividades conjuntas.

5º) Ejecución de dichas actividades.

6º) Evaluación.

7º) Propuesta de continuidad con nuevos proyectos, donde la comunidad participaría desde el inicio del proceso metodológico, es decir, el estudio de la situación de Salud de la comunidad.

Evaluación

La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso. Ello supone un análisis crítico de los diferentes aspectos del establecimiento y de la ejecución de un

programa y de las actividades que constituyen el programa, su pertinencia, su formulación, su eficiencia y eficacia, su coste y su aceptabilidad por todas las partes interesadas.

El objeto de la evaluación en el proceso de desarrollo de la salud, es, por tanto, mejorar los programas de salud y los servicios que han de ejecutarlo, orientar la distribución de los recursos humanos y financieros entre los programas y los servicios actuales y futuros.

De manera genérica podemos decir que un programa, actividad resulta eficaz en la medida en que alcanzamos los objetivos establecidos previamente, es decir, conocer el grado de consecución de los objetivos, por lo tanto, la posibilidad de evaluar va a depender de la precisión con la que hayamos marcado dichos objetivos.

La evaluación, difícil en cualquier caso, presenta problemas particulares en el sector de la salud, debido a la propia naturaleza de las actividades diseñadas, que a menudo no se prestan fácilmente a la determinación de lo alcanzado en relación a los objetivos establecidos de antemano en términos cualitativos, por ello, a veces se hace imprescindible emitir un juicio cualitativo, que para ser más fidedigno, se basa a ser posible en datos cuantitativos.

Resistir la importancia de la pertinencia en tanto que la simple definición de los objetivos no garantiza la conveniencia de los mismos. La pertinencia de un objetivo, refleja su adecuación a las necesidades que se pretende cubrir. Por tanto, la formulación de los objetivos y la planificación de un programa o actividad sanitaria, se han de apoyar en un conocimiento epidemiológico de los problemas de salud y los factores condicionantes, así como de todas aquellas necesidades percibidas. Pero además requiere unos estudios de base que tengan en cuenta la estructura población, su dinámica cultural, sus conocimientos, sus actitudes, la identificación de los comportamientos, que tienen una influencia causal en los problemas de salud. Es de suma importancia el valorar la pertinencia, que ésta sea no solo desde el punto de vista de los sanitarios sino de conocer la percepción que la población tiene de la misma.

En general, hay que tender a que todo el proceso evaluativo se realice conjuntamente con la comunidad, es decir, hacerlo lo más participativo posible.



Figura 1. Etapas de la Atención Primaria orientada a la Comunidad Fuente: Abramsen, J.H.

Tabla I. Datos a recoger en el examen preliminar

A) Datos que hacen referencia a los factores determinantes del estado de salud de la comunidad.

1. Datos sobre la población:

a) DEMOGRAFICOS: Pirámide población, densidad de población, migraciones, tasa de crecimiento...

b) ECONOMICOS: Renta per cápita, tasa de paro, tipo de trabajo, clases pasivas (pensionistas, invalideces...).

c) SOCIOCULTURALES: Estado civil, escolarización, analfabetismo, religión, organizaciones de la comunidad, creencias, costumbre...

2. Datos sobre el medio ambiente.

Geografía, clima, comunicaciones, industrias, contaminación, índice de hacinamiento...

3. Datos sobre los servicios comunitarios: (qué funciones cumplen, que hacen) Centro de salud, centros de referencia (hospitales), farmacias, centros educativos, de bienestar (aunque no estén en la comunidad pero sí los usa).

B) Datos que hacen referencia directa al estado de salud de la comunidad.

1. DATOS poblacionales de natalidad, mortalidad y morbilidad.

Tasa de natalidad, fertilidad, mortalidad global y específica, esperanza de vida y años de vida perdidos, tasa de incidencia de enfermedades infecciosas (EDO)...

2. Información recogida en el centro de salud.

Pirámide de la población consultante, morbilidad, factores de riesgo, estado vacunal...

3. Datos de registros especiales de nuestra población.

P.e. registro de enfermedades crónicas, registro de tumores...

4. Impresiones del equipo y de la comunidad.

Morbilidad sentida.

Tabla II. Fuentes de información para el examen preliminar

TIPO DE INFORMACION	FUENTE
Datos sobre medio ambiente	Ayuntamiento, Consejería Sanidad, otros
Datos sobre la población	Censo o padrón (INE, IME)
Datos sobre los servicios comunitarios	Centro de salud, Ayuntamientos, Asociaciones, otros
Datos sobre el estado de salud	
-Mortalidad y natalidad	Movimiento natural de la población (INE) Ayuntamientos
- Morbilidad	INE-Encuesta de morbilidad hospitalaria EDO Registros del centro de salud Otros: registros de tumores, registros de enfermedades crónicas

INE: Instituto Nacional de Estadística

IME: Instituto Municipal de Estadística

EDO: Enfermedades de declaración obligatoria

BIBLIOGRAFIA

- ENFERMERIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
De Enfermeras de médicos a Enfermeras de la Comunidad
Ediciones Diaz de Santos. Edición del 90
Autos. M^o Victoria Anton Nardiz
- TEORIA Y PRACTICA DE LA ATENCION PRIMARIA EN ESPAÑA.
Ministerio de Sanidad y Consumo
INSALUD. Secretaria General 1990
Capit. 10. Enfermería en Atención Pirmaria
Autos. M^o Victoria Anton Nardiz
- PROCESO DE ENFERMERIA.
Edit. Alhambra
Autos. H. Yura
HB Walsh
- ORGANIZACION ASISTENCIAL.
Atención Domiciliaria
Autos. Rosa M^o López Pisa y Otros
- CUIDADOS DE ENFERMERIA DOMICILIARIOS EN EL ANCIANO.
Autos. Mary Carroll
L. Jane Brue
- SALUD COMUNITARIA. TEORIA Y PRACTICA.
Autos. Hernan San Martin
Vicente Pastos
- GERIATRIA EN ATENCION PRIMARIA.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Autos. Richard J. Ham
Michelle L. Marc.
- ENFERMERIA SOCIAL. EVOLUCION Y PROCEDIMIENTOS.
Ed. Limusa - 2^o Edic.
AUTOS. Catherine W. Tinkhan
Eleonor F. Woorhies
- MANUEL DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
Ed. Diaz de Santos S.A. 1981
Autos. Peter Pritchard
- SALUD PUBLICA.- UNED.
Curso Nivelación para A.T.S.
- GUIA DE ENFERMERIA EN A.P.S.
Ministerio de Sanidad y Consumo.- Dirección General de Planificación
Colección Atención Primaria de Salud. Tomo 10 2^o Ed. Octubre 1986.
Autos. Hernan San Martin y Colaboradores.
- SALUS, SOCIEDAD Y ENFERMEDAD.
Edit. Ciencia 3
- ATENCION DOMICILIARIA.
Autos. Martin Zurro, R.M. López Pisa y Otros.
- LA VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERIA.
Jornadas de Enfermería de Atención Primaria. Murcia, mayo 1988
Autos. Dolores Anderiz Celrian.
- PAPEL DE ENFERMERIA EN LA HOSPITALIZACION A DOMICILIO.
Autos. M^o Angeles Custey Male.

Ponencia:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VISITA DOMICILIARIA

AUTORES:

Paloma Castillo Vicente

Enfermera. Centro Salud Santa María de Gracia. Murcia

Antonia García Verdú

Enfermera. Centro Salud Molina de Segura (Murcia)

M^º José López Arroyo

Enfermera. Centro de Salud San Javier (Murcia)

Encarna Martínez Sánchez

Enfermera. Centro Salud Molina de Segura (Murcia)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VISITA DOMICILIARIA

Mis compañeros y yo vamos a hablarles de la visita domiciliaria; quizás en sus mentes pase pensar que este ya es un tema demasiado trillado, que siempre ha existido y que la enfermería con más desgana que vocación no ha tenido más remedio que realizar desde antiguo. Se podría pensar también que la visita domiciliaria en enfermería no es más que una excusa del médico para no tener que desplazarse y otros pensarán que no es necesaria dicha visita domiciliaria, ya que en otros países el enfermero domiciliario no existe, tal y como aquí se ha entendido hasta ahora.

¿Que entendíamos en España hasta ahora por enfermería domiciliaria? Este capítulo ha estado cubierto durante mucho tiempo por el A.T.S. de Zona de la S.S. o el A.T.S. de asistencia pública domiciliaria. Fuera de lo que era el sistema sanitario, la realizaba el famoso "practicante privado". No queremos entrar en otros temas de competencias sanitarias sobre si uno u otro era mejor, tan sólo describiremos como se realizaban estas labores.

El A.T.S. de zona, así como el A.P.D. realizaban su labor única y exclusivamente a demanda del facultativo para hacer una actuación delegada, como aplicar un tratamiento, generalmente un inyectable o una cura a domicilio, esta forma de visita recibe el nombre genérico de avisos. En muchas circunstancias, estos eran recibidos con no demasiada alegría por el profesional de enfermería, quedando siempre al libre albedrío de este, realizar educación sanitaria a la familia y al enfermo, pero la verdad es que se hacía de forma bastante escasa, máxime si el número de avisos era considerable; así mismo si repasamos el estatuto jurídico de la S.S. podemos apreciar que en lo referente a la visita domiciliaria (véase artículos 61, 62 de dicho estatuto) solamente hace hincapié en la aplicación de técnicas ordenadas por el facultativo a domicilio, e incluso el número de visitas que se han de realizar en el mismo día y para un mismo enfermo. ¿Qué indica esto? pues que la visita domiciliaria, se entendía hasta ahora como un mero instrumento para realizar una determinada técnica mandada por otro profesional.

El profesional de enfermería llamaba al timbre de las casas y tras indicar que era "el practicante" pasaba, aplicaba su técnica más o menos habilidosa y con las mismas se iba.

La población tiene la imagen, tanto a nivel privado como público de que el enfermero/a domiciliario es esa persona más o menos amable y cualificada, generalmente hombre, que se dedica a realizar una técnica con gran pericia y amabilidad.

Con esta imagen a modo de flash queremos dar una visión de lo mucho que queda por recorrer en la enfermería domiciliaria, así como constatar que si no se ha evolucionado más en este campo no ha sido sólo culpa del sistema, sino también de los profesionales.

Puede ser interesante hacer una revisión histórica de la atención domiciliaria, desde su inicio como actividad relacionada con Salud Pública. No pretendemos hacer una in-

vestigación exhaustiva, únicamente establecer un perfil histórico lo más breve posible para poder comprender mejor la situación en la que nos encontramos.

La enfermería de Salud Pública, en su concepción actual, nace en Reino Unido en el siglo XIX, como consecuencia directa de la Revolución Industrial, que originó el éxodo rural, los suburbios y acentuó la miseria, no sólo económica sino también medio ambiental de las clases deprimidas. A este hecho se une el inicio de la etapa bacteriológica de la medicina, gracias a los descubrimientos de Kock y Pasteur, se pueden empezar a combatir las grandes epidemias existentes en el momento, y se empiezan a pensar en medidas profilácticas de higiene y saneamiento. En 1859 aparece en Liverpool un servicio de enfermería de distrito, cuyo cometido es asistir a los enfermos en sus casas y proporcionarles conocimientos de Educación Sanitaria. En la década de 1860 se forman varios servicios laicos cuya finalidad es realizar educación sanitaria sobre salubridad de la vivienda, con el fin de disminuir la creciente mortalidad infantil que existía en la época, así aparecen cuerpos voluntarios como las misioneras de salud, que posteriormente pasarán a denominarse visitadoras de salud, equivalente actual a la enfermera de Salud Pública.

Toda esta situación favorece el desarrollo de la Salud Pública y por tanto de la atención domiciliaria, pero sin embargo, se da la paradoja de que la aparición de la etapa bacteriológica también favorece la creación de grandes hospitales, con técnicas cada vez más sofisticadas, iniciándose la etapa de la hospitalización y quedando relegada la salud pública. Con el tiempo se descubre que éste tipo de atención sanitaria hospitalaria produce grandes costes y no implica una disminución sustancial de los problemas sanitarios. Como consecuencia reaparece desde hace unos años la idea de Salud Pública o Atención Primaria, para intentar conseguir rentabilizar los costes en Salud, frenar y controlar la aparición de problemas sanitarios e implicar al individuo y colectividad en la Salud. Esto quiere decir, que la visita domiciliaria en nuestro país, también ha estado olvidada durante mucho tiempo y se ha recuperado al hilo de las nuevas tendencias. En Estados Unidos la enfermería surge a raíz de la guerra civil como forma de subsanar los estragos que ésta, había causado en la sociedad americana y se inició en el terreno domiciliario desde un principio. Realiza campañas de Educación Sanitaria, prevención, estudios de costo-beneficio y a mediados de este siglo se hace imprescindible en los Programas de Salud Pública. Este movimiento en EE. UU. recibe el nombre de enfermería social y en la actualidad desarrolla dos programas de asistencia sanitaria fundamentales que son:

- Asistencia Sanitaria a la familia.
- Asistencia Sanitaria a la Comunidad.

En Inglaterra por su parte la enfermería de distrito o enfermera comunitaria ha estado trabajando en la comunidad durante más de un siglo, pero no fue hasta 1948 cuando llegó a formar parte de un servicio público integrado, organizado al principio por las autoridades locales y desde 1974 por las autoridades de área de salud. Son

apoyados por Aux. de enfermería, la mayor parte de su labor la desempeñan con los ancianos y enfermos crónicos en sus hogares. A diferencia de la visitadora de salud, que dedica gran parte de su tiempo a educar y aconsejar, la enfermera domiciliaria de distrito (según datos de 1972) sólo dedica el 5% de su tiempo a este tipo de trabajo de forma que el 95% restante lo divide igualmente entre cuidados de enfermería general y procedimiento técnicos específicos.

Tras esta visión general de la enfermería en nuestro país y otros países con un desarrollo más amplio en la atención domiciliaria, queremos destacar un hecho que ha llamado nuestra atención. Mientras que en otros países la bibliografía revisada relaciona los cuidados de enfermería con múltiples disciplinas para alcanzar la atención integral, en España nos encontramos con que la mayoría de los artículos versan sobre asistencia de enfermería en temas particulares y concretos y sobre la filosofía del P.A.E. y su puesta en marcha describiendo cada una de sus etapas.

Desde esta ponencia queremos hacer constar la falta de líderes de enfermería que vayan aportando imaginación y nuevas ideas a éste movimiento. Por eso quisiéramos comunicarles la necesidad de que todos investigamos para intentar abrir campos a la nueva enfermería.

Leámos en una revista reciente de A. Primaria el siguiente párrafo:⁽¹⁾ "La atención domiciliaria es una actividad cotidiana y habitual de la práctica de la enfermería de A. Primaria. Esta práctica incluye (en contraposición con la asistencia domiciliaria) además de contenidos reparadores, elementos de promoción, protección y rehabilitación de la salud y surge en un contexto de trabajo en equipo y de programación de actividades". Esto nos hizo preguntarnos ¿es verdad que esta práctica es habitual y cotidiana para enfermería, o sigue siendo la asistencia sanitaria a demanda en un alto porcentaje lo que es habitual y cotidiano?

Es cierto que este tipo de actividad es hoy en día escasa en nuestro sistema sanitario, aún cuando existen datos que nos aproximan a un futuro inmediato con una demanda de cuidados domiciliarios muy superior al momento actual. Cabría preguntarse ¿quién fundamentalmente tiene que prepararse para este futuro inmediato? ¿De qué colectivo espera la sociedad esta cobertura?. Quizás sea la profesión de enfermería la llamada a cubrir ésta función, y para darnos cuenta de ello basta recordar la definición de Teresa Piulachs: "Enfermería es la profesión que se interesa, por las necesidades del individuo, familia y comunidad, trabajando desde, con y para el individuo al objeto de mejorar la calidad de su vida, examinando con él los factores causa-efecto que originan su situación de salud o enfermedad y brindándole la ayuda y acompañamiento necesarios para que sea él mismo el promotor de su bienestar y desarrollo personal".

Así, enfermería ha percibido o detectado una necesidad no sentida o no manifestada de la población de recibir atención y cuidados en su propio espacio físico o habitat. No hay que olvidar que vivimos en una sociedad donde el crecimiento de la población anciana, unido al ritmo de vida, plantea la necesidad de establecer planes gería-

tricos que ofrezcan asistencia integral y esto incluye la ayuda a domicilio, donde enfermería tiene un papel importante, ya que el 95% de los ancianos de nuestro país viven en su domicilio.

Desde otro ángulo está la esencia de la profesión de enfermería, el cuidar. Cuidar es un fenómeno universal difícil de definir y que no sólo es elemento de identidad femenina sino también un trabajo, hecho que con frecuencia los propios profesionales olvidamos, mostrando tendencia a valorar factores diferentes aquellos que constituyen la esencia de la profesión. Es importante que los enfermeros/as valoremos los cuidados y el cuidar sobre todo porque la población sí valora el cuidar, le reconoce una importancia y espera que reúna ciertas características o condiciones. La visita domiciliaria nos permite poner en práctica esa esencia y ofertar cuidados integrales a la población. Para todos los trabajadores sanitarios la salida a la calle es fundamental pero para la enfermería es prioritario, ya que está dentro de sus competencias el cuidado de la sociedad, enferma algunas veces, y en la mayoría de los casos sana. Otro punto importante que puede estar motivado a este colectivo a volcarse en la visita domiciliaria, puede ser la búsqueda del reconocimiento social del Rol de enfermería como profesión. Durante mucho tiempo los enfermeros/as no hemos tenido identidad propia y hemos vivido a la sombra de otros profesionales, sobre todo para la población a la que prestamos nuestros servicios, siendo identificados como él/la que pone inyecciones.

Con el comienzo de la reforma de Atención Primaria, se intentó buscar este reconocimiento como profesión con autonomía, en las consultas de enfermería, atendiendo directamente al usuario, pero el espacio físico "consulta" es asociado por tradición a la consulta médica. La mayoría de la población ha tenido contacto con los profesionales de enfermería, aún así presentan grandes lagunas sobre el Rol profesional que desempeñamos en la comunidad. En una encuesta reciente se veía como las 3/4 partes de los entrevistados no conocían las visitas domiciliarias, sin embargo, la aceptación era casi total, asumiéndolas en sus dimensiones más amplias.⁽²⁾

Así pues parece necesario buscar éste reconocimiento social, en un campo virgen, aún sin explorar, como es el medio en el que vive y se mueve el individuo, el medio familiar, ofreciendo una asistencia centrada en la promoción y prevención de la salud desde y en la comunidad.

Todo lo visto hasta ahora, está bien desde el punto de vista de la filosofía que enfermería pretende dar a la visita domiciliaria, pero cabe plantearse cuál es la realidad que atravesamos.

Aunque parece claro, que la visita domiciliaria no es un instrumento habitual y cotidiano, hoy por hoy, en nuestro trabajo, también parece justo mencionar que hay muchos profesionales que comienzan a andar en éste camino, que existen experiencias interesantes en este campo y que poco a poco los profesionales de la enfermería hacen intentos para consolidar ésta actividad.

Pero no podemos dejar de reconocer que en la mente de todos existen una serie de

trabas, miedos y desconfianzas que nos asaltan a la hora de abordar el trabajo domiciliario. ¿Y porqué no?, como personas es fácil entender, que existen varias causas que actual como barrera, pero que como profesionales no deberíamos escudarnos en ellas para no llevar a cabo la visita domiciliaria.

Sólo hay que empezar a caminar en la actividad de la atención a domicilio para que te asalten mil dudas y miedos. Miedos derivados de la inseguridad que cualquier trabajador suele sentir fuera de la institución que le ampara y da protección, el uniforme, así como el edificio, nos confiere cierta respetabilidad y distancia con los usuarios. En el trayecto al domicilio, no es nueva la inseguridad que se vive por la calle, sumada a los posibles accidentes de tráfico, etc.

Ya en el domicilio del paciente vemos situaciones que nos desbordan; el dolor de los moribundos y sus familiares, situaciones sin solución que te embargan y sobrepasan por el dolor que desprenden, yendo al domicilio es donde se descubren las cosas que a nadie le gusta mirar, ni tener cerca para que no te salpiquen, esto no ocurre si nos quedamos en nuestra consulta de enfermería.

La tentación de abandonar y volver corriendo a la institución, donde se está más cómodo, es inevitable. Se tiene así mismo la intención de volver al domicilio sólo, tras la demanda del usuario, como hasta ahora veníamos haciendo y no despertarle ofreciéndole una atención que él todavía no demanda, pues no conoce sus derechos del todo.

No faltan tampoco para completar los miedos, otras causas que no facilitan el que hoy por hoy en enfermería hayamos despegado en ésta actividad domiciliaria. Causas como no saber como te van a recibir en una visita que no tenga carácter estrictamente asistencial.

El lento proceso de zonificación que estamos padeciendo, sobre todo en los centros urbanos y que obliga a largos desplazamientos, los grandes cupos, similares a los médicos que se adjudican a enfermería para atenderlos de forma integral. Esto obliga a seleccionar mucho los tipos de visitas programadas, pues apenas queda tiempo para esta actividad.

Pero tras éste análisis de miedos y frenos nos encontramos (por duro que es el camino de inicio) con que la práctica de la atención domiciliaria nos reporta a largo plazo la satisfacción de saber que con ello estamos colaborando en aumentar la calidad de vida de sectores de la sociedad que más lo necesitan y que más desatendidos se encuentra, sanitaria e integralmente hablando.

Así mismo, en esta práctica existe otras muchas visitas domiciliarias que se alternan con las anteriores y que discurren aportándonos confianza, autoestima y nos reafirma en la utilidad de nuestra profesión. Visitas que solucionan grandes dudas, que cubren lagunas de conocimientos que ayudan a desarrollar nuevas destrezas a la familia o al paciente, que aumentan el grado de confianza y bienestar al usuario y a su familia, etc.

La esencia de enfermería es el cuidar, sabemos por tanto que no podemos abdicar nuestra responsabilidad en éste campo en otros colectivos, ahora, también sabemos

que es necesario formarnos específicamente para ésta función, y contar con el apoyo y colaboración del resto del equipo.

Para proporcionar una atención integral al individuo-familia, hace falta la mayoría de las veces de la intervención de distintos profesionales. Esto va a favorecer la percepción de cambio en el modelo asistencial por parte de la comunidad. Tras muchos años en los cuales sólo existían dos personajes en la asistencia sanitaria, médico y enfermera, con roles muy definidos, resulta difícil integrar a otros profesionales, (Aux. de enfermería, Asistencia Social, Psicólogos, etc.) si no hay un compromiso serio por parte de la administración y de los propios profesionales, para aceptar "repartir el poder", asumir cada uno su campo de acción, permitiendo también un lugar al "otro", sin por ello parcelar al individuo.

En la atención domiciliaria hay un gran campo de acción e investigación, buscando la forma de mejorar las condiciones de vida de esas personas que están en sus hogares incapacitados de forma temporal o definitiva, o que se enfrentan a una situación anómala.

Ahora bien os preguntaréis, como podemos saber que usuario precisa de nuestra atención domiciliaria. Para ello contamos con la primera fase en la metodología de la visita domiciliaria; la captación.

La captación de los casos susceptibles de atención domiciliaria nos puede venir de diversas vías:

- A través de cualquier profesional del E.A.P., que solicita de enfermería que asuma el cuidado de un caso detectado.
- Por la clásica fórmula del "aviso" dado por el médico, el mismo paciente o su familia.
- También puede surgir del enfermo/a tras conocer el caso.
- A través de los contactos y relaciones con el Segundo Nivel de asistencia.
- Y a través de cualquier otro colectivo, sanitario o no, que conozca el caso; parroquias, trabajador social, colegios, centros de la mujer, centros de la tercera edad, etc.

Una vez conocidas las vías de captación, hablaremos de los grupos diana o población susceptible de atención domiciliaria. Estos grupos diana pueden ser fundamentalmente:

- Recién nacidos
- Puérperas
- Postoperatorio quirúrgicos
- Familias con pacientes encamados o semientamados de larga duración
- Pacientes terminales
- Patologías pediátricas de repetición, que puedan tener causas en deficiencias higiénicas o alimenticias, falta de conocimientos, etc.

Resulta imprescindible insertar la visita domiciliaria en la programación normal de

trabajo de equipo para que los profesionales sepan antes y después de realizar la visita los objetivos de ésta y sus posibles engarces con otras actividades de Educación Sanitaria.

No debemos dar lugar en ningún momento a la improvisación, la visita será siempre programada y avisado el día y hora si es posible.

En el Centro de Salud recogeremos toda la información disponible, si tiene historia, que datos tenemos sobre el paciente etc., en definitiva saber que tipo de usuario vamos a visitar, y por tanto que material debemos preparar antes de ir al domicilio.

El objetivo de nuestra atención no es sólo el paciente, potenciando los autocuidados, sino también la familia y su entorno en conjunto, para que mediante adiestramiento de técnicas y educación sanitaria sepan en todo momento responsabilizarse de la situación en la que se encuentren, contando en todo momento con nuestro apoyo y asesoramiento.

Lo primero que tenemos que tener en cuenta al llegar al domicilio, es que no debe dar la impresión de ir a rellenar un cuestionario y a interrumpir las actividades normales de la familia. La recogida de datos se hace según técnicas de entrevista.⁽³⁾ Una buena entrevista se basa en técnicas de comunicación sofisticadas, y dista mucho de ser un proceso meramente rutinario. Para una entrevista satisfactoria hay que tener una actitud de conversación y no de cuestionario de preguntas. Hay que evitar que la entrevista se convierta en un interrogatorio. Una buena historia de enfermería constituye el cimiento sobre el que edificar nuestra relación con el paciente.

Existen varios tipos de entrevistas:

- Estructurada
- Libre
- Mixta

La entrevista mixta suele dar muy buenos resultados.

Una entrevista consta de tres partes:

- a) introducción (presentación, acreditación, motivo de la visita)
- b) conversación (se obtiene y proporciona información)
- c) resumen (resumir la información obtenida antes de despedirnos del paciente, para evaluar la recepción del mensaje y dejar instrucciones escritas precisas y claras si es necesario)

Los datos que necesitamos recoger son los referidos a varios ámbitos:

1. Socio-ambiental (Ejem. tipo de vivienda, número de habitaciones, ventilación, suministro de agua, animales en casa, zona de recreo, etc.)
2. Económico-familiar (número de miembros familiares, lugar que ocupa cada uno, personas que dependen del enfermo, quien le cuida, etc.)
3. Individual:
 - datos objetivos (audición, visión, prótesis, problemas médicos existentes, alimentación, hábitos intestinales, edemas, heridas, estado mental, etc.).

- datos subjetivos (sensación de dolor, angustia, miedos, etc.).

El aporte de la información no sólo nos lo proporciona el usuario paciente, sino que casi siempre tenemos que contar con la familia, amigos, vecinos y otras instituciones.

De todos los datos obtenidos se extraerán los más significativos y se procederá a su análisis para posterior valoración.

Insistimos en que la recogida de datos tiene que ser lo más global posible, ya que es el único instrumento con el que contamos para valorar la situación existente y así poder establecer las necesidades mediante el diagnóstico de enfermería (Anexo 1).

Posteriormente contando con los recursos, estableceremos un plan de actuación concreto en el individuo en cuestión, perteneciente a una familia e inserto en la comunidad.

Los problemas de salud considerados como prioritarios en cualquier grupo de diágnosis son:

- Déficit de comunicación.
- Déficit de movilidad.
- Déficit de autonutrición.
- Déficit de autotratamiento.
- Déficit de higiene.
- Problemas de rehabilitación física.

Para todos los problemas mencionados y en todos los grupos diana se aplicarán actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud. Para la realización de estas actividades la enfermera/o adiestrará al paciente y/o familia en los autocuidados mediante demostraciones y educación sanitaria. Después se llevará a cabo un seguimiento y evaluación de las necesidades detectadas. Según los resultados, las actividades se irán modificando para mejor efectividad en la consecución de los objetivos planteados o bien para lograr la resolución del caso. Todo esto para alcanzar el máximo nivel de salud en cada individuo.

Por último, ya en el centro se llevará a cabo un registro de todas las actividades realizadas y habrá una puesta en común con otros profesionales que puedan incidir en el caso.

Con esta ponencia nos planteábamos como objetivo, daros un nuevo enfoque de la atención de enfermería a domicilio. Tratar de impulsar la visita domiciliaria y proporcionaros, en la medida de lo posible, una estructura que os permita el desarrollo de la visita domiciliaria en la práctica diaria. Esperamos haberlo conseguido.

Antes de finalizar nos gustaría resaltar algunos aspectos importantes que han constituido la base de nuestras ideas para desarrollar dicha ponencia:

- Con toda la atención domiciliaria se facilita que la población perciba en cambio en el modelo de atención hasta ahora vigente.

- No se puede trasladar el cuidado del paciente directamente de la institución a su familia, sin que exista un nexo. Este puede ser la enfermería de Atención Primaria y el Equipo.

- Nunca ha habido un lugar más importante para la colaboración entre las disciplinas sociales y sanitarias que en el campo de los cuidados domiciliarios.

BIBLIOGRAFIA

1. Abramson, J.H.: Application of epidemiology in community oriented primary care. Public Health Reports. 1984; 99/5: 437-441.
2. Abramson, J.H.: Survey methods in community medicine. Churchill livingstone 3ª ed. Edinburgh 1984.
3. Andres Egg, E.: Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Ateneo. México 1982.
4. Aguilar, M.J.; Ander Egg: Técnicas de comunicación oral. Humanitas 1983.
5. Ander Egg; Técnicas de investigación social. Humanitas 1983.
6. Artells i Herrero, J.: Relaciones entre las ciencias sociales y la medicina. Jano, 1984; 643.
7. Bartoli, Peolo: Prácticas sociales y modelos culturales relativos a la enfermedad, a la salud y a la medicina. Educacione Sanitaria e Medicina Preventiva, 1984; 7/4.
8. Botejara Sanz, A.; Cordero Torres, R.: Participación comunitaria. La Sanidad española a debate. FADSP 1990.
9. Carcavallo, R.; Plencovich, A.: Los ecólogos de la salud. Monte Avila ed. 1975.
10. Costa M. López E. Salud comunitaria. Ed. Martínez Roca. 1987.
11. García García, J.L.: Enfermedad y cultura. Jano 1985; 643.
12. Hanchett, E.: Salud de la comunidad: conceptos y evaluación. Limusa. México 1981.
13. Cruz Roche, I.: Política social y crisis económica. Ed. colección trabajo social.
14. Institute of Medicine. Community oriented Primary Care: A practical assessment Vol. I. The committee report. National Academy Press. Washington D.C. 1984.
15. Institute of Medicine. Community oriented Primary Care: Case studies. Vol. II. National Academy Press. Washington D.C. 1984.
16. Castneda, C.: Terapia Gestalt: enfoque del aquí y ahora. Universidad de Costa Rica, 1983.
17. Kark, S.L.; Abramson, J.H.: Community oriented primary care: Meaning and scope. In community oriented primary care: New directions for health services delivery. Connor and Mullan. National Academy Press. Washington D.C. 1983. pp. 21-59.
19. López de Ceballos, P.: Una metodología para la investigación participativa. Ed. Popular.
20. Lorenz, K.: El comportamiento animal y humano. Plaza y Janés. 1985.
21. Malagon, B.: La idealización de la comunidad.
22. Marchioni Marco. La planificación social y organización de la comunidad. Alternativas a la crisis. Ed. Popular, 1989.
23. Morris Desmond: El zoo Humano. Plaza y Janés, 1985.
24. Mullan, F.; Hernán y Pastor, V.S.
24. Mullan, F.; Nutting P. Primary care epidemiology: New uses of old tools. Family medicine, 1986; 18/4: 221-225.
25. OMS. Alma-Ata. Atención Primaria de Salud. Ginebra 1978.
26. Perai y Baigues, J.L. y cols.: Atención primaria orientada a la comunidad: Una línea de investigación en atención primaria. comunicación en III Jornada de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Valls, 1987.
27. Plster, E.: Terapia gestáltica. A Amorrortu ed. Buenos Aires, 1973.
28. Quader Caps. nº 8: Tendencias actuales en educación sanitaria. Centre d'anàlisi i programes sanitaris.
29. roman Pumar, J.L.: Sistema local de salud. Propuesta de diseño. Ed. Díaz de Santos.
30. Salleras Sanmarti, L.: Educación sanitaria. Ed. Díaz de Santos.
31. San Martín, H.: Salud comunitaria, teoría y práctica. Díaz de Santos. Madrid, 1984.
32. San Martín, H.: Ecología humana y salud. La Prensa Médica Mexicana, 1979.
33. Sáinz Martín, M.: Educación para la salud en el medio escolar. Ed. Escuela Española, 1985.
34. Serrano González I.: Educación para la salud y participación comunitaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid.
35. Yuste, J.: La educación sanitaria. Ed. Marsiega, 1971.

- MARAGUING CHRONIS ILLNESS IN THE FAMILY WOMEN AS CARETAKERS.
Joan H. Andersosn Et al
Fournal et Adranad Nursinf 1989
- VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERIA EN UN CENTRO DE SALUD.
M. Salinero Peral
Salud Pública de Castilla y León.- Vol 1 - Nº 3 1987
- VISITA DOMICILIARIA PROGRAMADA.
Rol de enfermería Nº 134
Jorge M. Oliva
Concepción Duclos García
- (3) - COMO OBTENER LA MAXIMA INFORMACION DE LA ENTREVISTA CON SU PACIENTE.
Nursinf. Nº 83
Autos. Andrea Mengel
- LA PERCEPCION DEL CUIDAD.
Rol de Enfermería Nº 127
Autos. Carmen Dominguez
- PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA
Autos. M^º Victoria Anton Nardiz
Ponencia 1º encuentro Nacional de Enfermería en Atención Primaria
Sevilla 1990
- ATENCION DOMICILIARIA AL ANCIANO.
Clínica Rural Nº 345
Autos. M^º Paz Gomez et Al.
- ATENCION DOMICILIARIA. UTILIDAD ESTRATEGICA Y OBJETIVOS.
Rol de Enfermería Nº 137
Autos. Joan Enric Torrai Bon
- (2) - VISITAS DOMICILIARIAS ¿QUE OPINA LA POBLACION?
Rol de Enfermería Nº 146
Autos. Eva M^º Artigues y Colaboradores
- PUBLIC HEALTH NURSING, VOL 4 Nº 2
The practice of home care Nursing
Autos Caroline J. Humphrey, R.N., M.S.
- (1) - ATENCION DOMICILIARIA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
Rol de Enfermería Nº 125
Autos. Joan Enric Torra i Bon
- NUEVO ENFOQUE GENERAL HACIA EL FUTURO.
Rol de Enfermería Nº 114
Autos. Rosette Poletti
- IMAGEN SOCIAL DE LA ENFERMERIA (Encuesta al Usuario).
Rol de Enfermería Nº 130
Autos. P. Ranedo y Otros
- ANDERSON TM.
HOME CARE MANAGEMENT IN CHRONIC ILLNESS AND THE SELF CARE MOVEMENT AN ANALYSIS
OF IDEOLOGIES AND ECONOMIC PROCESSES INFLUENCING POLICY DECISION
Adv. Nurse Sci. Vol. 12(2). 71-83 (1990)

ANEXO I

VALORACION SUBJETIVA: Debe incluir:

1. PERFIL DEL CLIENTE: Datos filiación, estado civil, estudios...
 - Profesión
 - Religión
 2. PERFIL FAMILIAR.
 3. PERFIL DEL DOMICILIO: Tipo de vivienda, propiedad o alquiler, tamaño, animales domésticos, agua caliente, servicios...
 4. PERFIL DE LA COMUNIDAD: (Mercados, Zonas de recreo, tiendas...). Conocimientos de ellos que tiene el cliente...
 5. PERFIL ECONOMICO: Fuente de ingresos. Gastos en Salud: medicamentos, compañía de seguros privados.
 6. UTILIZACION DE LOS RECURSOS SANITARIOS: Sí o No.
 - Médico Centro de Salud.
 - Enfermero/a Centro de Salud.
 - Asistente Social.
 - Hospital.
 - Comida a domicilio.
 7. PERCEPCION DE LA SALUD.
 - Sentimiento de bienestar.
 - Estado de salud actual. Conocimiento del tipo de limitaciones.
 - Vacunaciones.
 - Alergias.
 - Reconocimiento de Salud: general, dental, respiratorio...
 - Antecedentes patológicos: SI/NO y fecha: artritis, cataratas, diabetes, glaucoma, hepatitis, HTA, úlcera...
 - Hospitalizaciones. Causas.
 - Medicación actual (presenta y/o autoprescrita).
 - Historia familiar.
 - Hábitos que pueden alterar su salud: tabaco, alcohol... toma mucho el sol, lee sin luz buena, utiliza aerosoles...
 - Necesita ayudas: gafas, audifono, lentillas...
 - Estado emocional: descubrir si es el mismo al que percibe el entrevistador.
 - Nutrición. Metabolismo. Tipo de hábitos alimentarios. Preferencias. Capacidad para comprar, tragar, masticar alimentos.
- ELIMINACION.
- a) Vejiga. Nº micciones/24 horas. Olor, color, cantidad.
 - Verificar alteraciones: Nicturia, pues en orina, goteo, infección urinaria.
 - b) Intestino.
 - Frecuencia defecación: olor, color, consistencia...

Toma algo para evacuar.

Factores asociados: diarreas, estreñimiento, hemorroides, hemorragia, retortijones.

ACTIVIDAD. EJERCICIO, REPOSO, SUEÑO.

Actividades sociales, diversiones, organizaciones en las que participa.

Movilidad: Descubrir capacidades.

Función de las extremidades: grado de limitación, localización, medidas de ayuda.

Tipo de reposo que hace; duración.

Prácticas que le ayudan a dormir, horas de sueño...

RESPIRACION.

Manera de respirar, factores que favorecen o entorpece su respiración.

INTERRELACION.

Se siente sólo. Se siente bien en grupo, visitas frecuentes de sus parientes.

Confía en alguien.

Se siente integrante en la familia, vecindario...

ESTADO MENTAL.

Factores que afectan su humor. Humor usual.

Autoimagen.

Descubrir como le ven los demás.

Cómo se ve uno mismo.

SEXUALIDAD. REPRODUCCION.

Están cubiertas sus necesidades de afecto?

Se relaciona bien con personas de su sexo, y con las del otro sexo?

Factores sobre reproducción femenina: (prurito, pérdidas vaginales, dolor mamas, pérdida del pezón, mastectomía... prótesis...).

Problemas menopausia.

Utilización sobre reproducción masculina: dolor escrotal, dolor próstata, problemas próstata, práctica autoexamen del pene y escroto...

VALORES. CREENCIAS.

Autoexplicación de la importancia de la religión en la vida.

Descubrir si hay preocupación y que actitud hay sobre la muerte.

Planes para el futuro. Consigue lo que quiere en la vida.

Práctica religiosa.

Ponencia:

LA LUMBALGIA EN ATENCION PRIMARIA

AUTORES:

Eduardo Albaladejo Monreal*

Rosa García Rodríguez**

Aurora Andújar Arias**

José M. Serna García**

Juan de Dios Arnaldos Herrero**

José A. Serrano Martínez**

Tomás Hernández Ruipérez**

Francisco Olcina Bo**

Felipe Ferre Larrosa**

Jaime Lloret Solano**

Pedro Avellaneda Molina**

María T. Sánchez Esteban**

* Tutor Extrahospitalario

** Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria

UU.DD. de Medicina Familiar y Comunitaria, Murcia, 1990.

SUMARIO

Introducción

Datos epidemiológicos

Recuerdo anatomofisiológico

Etiología, clasificación y diagnóstico diferencial clínico

Exploración física

Pruebas de laboratorio

Exploración radiográfica de columna lumbar

Actitud terapéutica

Prevención y educación sanitaria

Algoritmo terapéutico

Bibliografía

INTRODUCCION

El paciente con dolor lumbar representa un reto para el médico de cabecera, internista, reumatólogo, traumatólogo, neurocirujano, psiquiatra y fisioterapeuta. Como define Borrachero del Campo, la lumbalgia es un síndrome clínico, común denominador de múltiples procesos de etiología muy diversa, cuya queja fundamental es el dolor en la zona comprendida entre D 12 y el sacro.

Los motivos para elegir la lumbalgia como objeto de revisión por profesionales de la Atención Primaria son: su alta prevalencia e incidencia en la población general, altos costes sociales derivados de la utilización de recursos sanitarios y de la incapacidad laboral que ocasiona, la evidencia demostrada de que el pronóstico del paciente depende en gran medida de la primera consulta que realiza, y por último, es un problema que atañe al médico de Atención Primaria en mayor medida que a otros especialistas, y como tal, es utilizada por algunas organizaciones como "marcador de la calidad asistencial en Atención Primaria".

El estudio de la lumbalgia se puede hacer desde muchas perspectivas, todas ellas de gran trascendencia. El conocimiento de las enfermedades que pueden dar lugar a que una persona padezca dolor lumbar, las características individuales, localización, irradiación y perfil doloroso, tienen una importancia fundamental desde el punto de vista terapéutico; el estudio epidemiológico de los factores relacionados con la lumbalgia abre vías de abordaje, hoy día en estudio, y que incluyen aspectos tan diversos como situación del entorno familiar, laboral, condición física y anímica del individuo, recursos socioeconómicos, etc. Asimismo, la consideración de lumbalgia aguda o crónica plantea situaciones de manejo radicalmente distintas; igualmente ocurriría si el acercamiento a la lumbalgia se hace en el medio industrial.

Sería pretencioso, por tanto, querer entrar en cada uno de estos aspectos en profundidad, por lo que los objetivos que nos proponemos en este trabajo son realizar una exposición de la lumbalgia desde el punto de vista epidemiológico, haciendo referencia a su repercusión económica y humana, un acercamiento actualizado a los aspectos clínicos y diagnósticos, y por último, profundizar en el manejo y tratamiento, así como en las medidas preventivas que se pueden adoptar en la población de riesgo, desde la Atención Primaria.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

La mayoría de pacientes aquejados de lumbalgia (hasta el 80-90%) mejorarán en menos de dos meses, independientemente del tratamiento aplicado. Ello quiere decir que la mayor parte de las lumbalgias son de tipo mecánico, cuya historia natural es autolimitada. El resto, aproximadamente el 10-20%, serán producidas por problemas

mecánicos complicados (hernia de disco, espondilolistesis, inestabilidad de columna, etc.) y enfermedades sistémicas (infecciones, espondiloartritis, tumores) o lumbalgias cronicadas (por motivos que no son estrictamente anatomofuncionales), que precisarán de un tratamiento específico, con el fin de modificar su irremediable evolución a la incapacidad total o parcial.

Cuando se habla en terminos epidemiológicos, generalmente se hace referencia al grupo de lumbalgias de tipo mecánico, cuya patogenia no está en el momento actual totalmente esclarecida.

No es fácil saber con exactitud la frecuencia de este síndrome, debido en gran medida a la ambigüedad de su definición, y a la influencia de la susceptibilidad de cada individuo al dolor: no todos los casos consultan al médico, mientras que otros quedan incapacitados sin una causa objetiva. Se han realizado estudios que pretenden establecer su frecuencia, entre ellos, la encuesta Reumatos 80 sobre población española, que pone de manifiesto una incidencia del 16% y una prevalencia del 7,3%. En trabajos prospectivos realizados en EE.UU. y Dinamarca, se obtienen cifras similares. En la totalidad de la literatura revisada se asume un dato común, y es que alrededor del 80% de la población sufre dolor lumbar en algún momento de su vida. En otras ocasiones se dice que, después del resfriado común, la lumbalgia es la dolencia más extendida en el hombre.

En datos sobre morbilidad atendida en equipos de Atención Primaria, la lumbalgia representa entre el 3 y el 4% de todas las consultas, y el 32% de las consultas realizadas por motivos reumatológicos. A nivel especializado y hospitalario, es mucho menos frecuente.

Su alta frecuencia se va reflejada en un importante coste social y económico. Según datos del INSALUD de 1981, el 31% de los pensionistas por incapacidad laboral lo eran por enfermedad reumática, de los cuales el 44% son debidas a patología lumbar. La repercusión económica debida a Incapacidad Laboral Transitoria, pérdida de jornadas laborales, costo de medicación y asistencia sanitaria ascendió a 250.000 millones de pesetas. En países como EE.UU., se estima que los gastos relacionados con el dolor lumbar suponen 16 billones de dólares anuales. En 1976, Nachemson apuntó que la lumbalgia era la dolencia que más dinero costaba a la sociedad. A nivel de Atención Primaria, según datos obtenidos por Centros de Salud en 1985, los síndromes de columna vertebral son la causa del 9% y de ILT, y representan el motivo del mayor promedio de días de baja al año. La lumbalgia es la segunda causa de baja laboral, solamente superada por las infecciones del tracto respiratorio alto.

La edad es un factor determinante en la aparición de lumbalgia. La mayor frecuencia se registra entre los 30-40 años, estabilizándose después a los 60. Hasta los 45 años no hay diferencias entre sexos. Posteriormente, a partir de esta edad, según sectores es algo más frecuente en mujeres.

En general, todos los trabajos revisados en lo que se refiere a factores de riesgo,

ponen de manifiesto su relación con una serie de actividades que son propias de la civilización occidental. El tipo de trabajo está íntimamente ligado con la mayor o menor probabilidad de que un individuo se vea afecto por una lumbalgia. Se ha demostrado que el uso de maquinaria oscilante, rotatoria o vibratoria, puede asociarse con este síndrome. Kelsey ha encontrado un incremento de la incidencia de hernias de disco en aquellos individuos que son sometidos a conducción prolongada de automóviles y camiones, y atribuye esta relación a la vibración que la máquina transmite a la columna vertebral de forma continuada, incluso hay estudios recientes que demuestran de forma experimental que la vibración es la forma más propicia para causar agresión a la unidad vertebral.

Pero no sólo es la vibración la causante de lumbalgia en el trabajador, sino también en todas aquellas tareas que implican levantamiento, acarreo, tracción, empuje y torsión, incluso la bipedestación prolongada puede ser desencadenante de dolor lumbar. En todos los factores ocupacionales es evidente la existencia de una fuerza que afecta de forma directa o indirecta a la columna vertebral, pero se han encontrado otros factores que no giran en torno al sobreesfuerzo. Es significativo, aunque no bien explicada la patogenia, que los fumadores sufren dolor lumbar con más frecuencia que la población general; se cree pueda ser debido a una mayor frecuencia de tos crónica, con el consiguiente aumento de presión sobre el disco intervertebral, o a alteraciones en el flujo sanguíneo vertebral y arterioesclerosis.

El estrés (ansiedad-depresión) es otro factor que aparece frecuentemente asociado a la lumbalgia. Ha sido analizado en algunos aspectos, como el grado de satisfacción laboral, la condición de inmigrante o la demanda de mayor rendimiento profesional. El nivel educacional, coeficiente intelectual y el estatus social se relacionan inversamente con el dolor lumbar, aunque en estos puntos pueden interferir diversas condiciones sociológicas, como tipo de trabajo, hábitos tóxicos y estrés psicológico.

El peso, la altura y constitución corporal no son factores que hallan demostrado tener relación directa con el problema que nos ocupa, aunque por muchos autores se consideran más predispuestos a los individuos altos y obesos. Los resultados que aportan los estudios acerca de la fuerza muscular como factor predisponente son contradictorios. Parece claro que, en general, una buena "forma física" protege del dolor lumbar. Igualmente inconsistentes son los resultados acerca de la utilización de zapatos de tacón alto.

Hay estudios que señalan que las personas más precarias, sanitariamente hablando, padecen más lumbalgia que la población general. En ellas se encuentra más prevalencia de cefalea, epigastralgia, ángor y molestias en miembros inferiores.

Por último, se ha demostrado que sólo el 50% de los trabajadores en baja laboral por algias lumbares durante seis meses, recuperan el nivel de actividad anterior; si el absentismo es mayor de un año, esta probabilidad es del 25%, y si es mayor de 2 años, las probabilidades son prácticamente nulas.

RECUERDO ANATOMOFISIOLOGICO

El raquis está constituido por 33 piezas óseas o vértebras, que por sus variaciones morfológicas lo dividen en regiones diferentes: 7 piezas cervicales, 12 dorsales, 5 lumbres, 5 sacras y 4 coxígeas.

Este complejo estructural descrito cumple funciones mecánicas de movilidad, para colocar el tronco en posiciones variables según la necesidad del sujeto. Para estas funciones, la columna adopta una serie de curvaturas y contracurvaturas que le permiten adaptarse mucho mejor al estrés mecánico. Esta función se altera cuando se desplazan los componentes anatómicos, degeneran o se destruyen, provocando conflictos de espacio que antes o después afectan al tejido nervioso.

El segmento móvil de Junghans o raquiona es todo lo que existe entre dos vértebras, y separa una vértebra de otra. En un corte lateral, y en un recorrido anteroposterior, encontramos las siguientes estructuras: ligamento longitudinal anterior, anulus fibroso, ligamento longitudinal posterior, canal vertebral, articulación posterior, ligamento amarillo, ligamento interespinoso y ligamento epiespinoso. Todo este conjunto de ligamentos y articulaciones fue descrito por Junghans como segmento móvil.

Maigne definió como trastorno intervertebral menor aquella modificación mecánica que pone en tensión una o varias estructuras del segmento móvil, desencadenando reflejos dolorosos, siendo reversible mediante manipulación y alivio inmediato del dolor.

Todos los autores coinciden en el papel fisiológico del disco, como un transmisor y amortiguador de presiones. El núcleo es un gel de alta viscosidad y, por tanto, un medio hidrostático perfecto, es decir, que al sufrir una presión en una sola dirección, desarrolla estreses internos de presión por igual en todas direcciones. Parece ser que, normalmente, el núcleo transmite impulsos verticales de presión en forma hidrostática hacia el anulus que le rodea, pero cuando se vuelve fibroso a causa de la degeneración o el envejecimiento, puede suceder que deje de actuar hidrostáticamente, y que las fuerzas sobre el anulus sean compresivas; en estas condiciones, se produce separación de las fibras del tejido anular, que favorecen la emigración, encarcelación o protusión del núcleo pulposo a través de estas zonas de menor resistencia.

Todo ello nos explica el fallo mecánico al que está condenado el disco con el paso de los años. En experimentos necrópsicos, Galante ha demostrado que la fuerza de tensión es 3 ó 4 veces mayor en la parte posterior del anillo fibroso, lo que unido a una mayor debilidad en esa zona, lo hace más vulnerable al desgarro, y esto favorece que con el paso del tiempo sea la zona posterior del anulus la zona más degenerada.

El devenir del disco se esquematiza en tres fases:

- Fase precoz: Se inicia con una progresiva desintegración de polisacáridos y aumento en la formación de colágeno. El anillo es menos elástico y sus fibras más frágiles. Al final de esta fase, el núcleo adopta el aspecto del anulus.
- Fase intermedia: Se produce la protusión de la sustancia nuclear, de forma gra-

dual e intermitente. Si es masiva, el ánulus es la única estructura que soporta presiones. Las protusiones pueden ser de varios tipos:

- Laterales: Son los más corrientes y suelen afectar a raíces nerviosas.
- Cuando la protusión llega al agujero intervertebral, produce reacciones inflamatorias que fijan la raíz al conducto, y tiene su expresión clínica en la maniobra de La-segue.
- La protusión dorsal, que contenida bajo el ligamento longitudinal posterior, obliga al núcleo a migrar lateralmente.
- Fase final: En esta se produce una desintegración completa del núcleo y el anillo, con sustitución por tejido fibroso, que une firmemente ambas vértebras.

Estas alteraciones, producidas inicialmente en el disco, motivan distorsiones en la distribución de fuerzas sobre el segmento móvil, y alteración de las estructuras que lo componen.

ETIOLOGIA, CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CLINICO

El término lumbalgia, utilizado frecuentemente para definir cualquier cuadro de dolor en la parte baja de la espalda, es una denominación ambigua y un verdadero cajón de sastre en el que se incluyen todos los procesos algícos de la región lumbar.

Su abordaje es un problema complejo, por dos aspectos distintos: por un lado, se trata de dolor, síntoma tras el cual se esconde un universo de acciones y reacciones constantes y complejo en su interpretación; por otro lado, al estar referido al raquis lumbar, ésta es una estructura especialmente intrincada, en virtud del gran número de elementos que la componen y que son responsables potenciales del dolor.

Las lumbalgias se pueden clasificar según diversos parámetros; así, según su forma de comienzo, hablamos de lumbalgia aguda, subaguda y crónica; por el asentamiento de la lesión las dividimos en: articular, muscular, ligamentosa, ósea y neural; y por su localización: profunda, superficial, fija y propagada (irradiada).

Quizá la más útil e ilustrativa sea la clasificación que sienta a la naturaleza de la lesión, ya que nos introduce en el universo etiológico que es capaz de manifestarse en la clínica diaria como dolor bajo de espalda.

Podemos clasificar las lumbalgias desde el punto de vista etiológico o atendiendo a la naturaleza de la lesión, en:

- Mecánicas:

Degenerativas: Prolapso discal.

Espondilosis.

Artrosis interapofisaria posterior.

Síndrome del canal estrecho.

Espondilolistesis.

Trastornos de la estática.

- Hiperostosis anquilosante.
- Inespecíficas (dificiles de demostrar: fibrositis, síndromes miofasciales).
- Inflamatorias: Espondiloartritis.
- Infecciosas:
 - Espondilitis (tbc, brucelar, séptica).
 - Sacroileitis (tbc, brucelar, séptica).
 - Osteomielitis.
- Invasivas:
 - Tumores primitivos.
 - Mieloma.
 - Leucemia.
- Metabólicas:
 - Osteoporosis postmenopáusica.
 - Osteomalacia.
 - Enfermedad de Paget.

La clínica de los procesos patológicos lumbares es similar en la mayor parte de las enfermedades que afectan aquella región. Los síntomas son realmente pocos, en comparación con la multiplicidad de causas que los pueden provocar. El diagnóstico correcto puede resultar difícil. Los síntomas de los diferentes cuadros son parecidos. No obstante, existen diferencias y numerosas características que valoradas con minuciosidad, pueden tener gran importancia.

Dada la amplia gama de procesos que se pueden presentar en la clínica habitual en Atención Primaria en forma de lumbalgia, como síntoma principal o guía, será preciso hacer un enfoque de diagnóstico diferencial clínico según anamnesis, corroborado con la exploración física, para intentar clasificar a estos enfermos en grandes grupos sindrómicos. Más tarde indagamos en cada uno de estos grupos, las etiologías o procesos concretos que pueden ser el origen del padecimiento con el objeto de abordarlas desde el punto de vista terapéutico.

Siguiendo a Reilly, podemos clasificar al paciente con lumbalgia en seis grupos sindrómicos:

- 1.- Dolor no lumbar (otras localizaciones)
- 2.- Lumbalgia que sugiera patología grave o que requiera tratamiento urgente.
- 3.- Lumbalgia crónica.
- 4.- Lumbalgia aguda no mecánica o dolor referido.
- 5.- Lumbalgia aguda mecánica simple.
- 6.- Lumbalgia aguda mecánica con afectación radicular.

La historia clínica en las lumbopatías tiene una importancia excepcional. Durante ella, hay que ser muy precavido. Un aspecto que el médico debe cuidar mucho será el de escuchar al enfermo.

La anamnesis o interrogatorio se hará con minuciosidad. No hay que abrumar al pa-

ciente con excesivas preguntas; hay que dejarle que exprese todo lo que quiera sin ningún tipo de coacción. Una vez haya terminado la descripción de sus dolencias es cuando deben formularse las preguntas, donde hay que ser objetivo y actuar sin prisas.

Las consecuencias de un interrogatorio precipitado y una historia clínica redactada con prisas suelen ser terribles; el fracaso está casi asegurado.

La aplicación del moderno arsenal terapéutico y diagnóstico no es sinónimo de éxito si no va acompañado de una individualización del paciente. No hay enfermedades, sino enfermos.

Pocas veces estaremos ante una lumbalgia "de libro", por el contrario, con lo que generalmente nos enfrentaremos es con una conducta doliente de un paciente concreto, en donde, y según cada caso, la situación socio-laboral, el estado afectivo, la personalidad, etc., pueden estar jugando un papel crucial.

Al inicio de la anamnesis, intentando definir el motivo de consulta, hemos de hacer tres preguntas clave: dónde le duele, hasta dónde le duele, presenta irradiación; con las que diferenciamos al grupo de pacientes en los que el dolor no está localizado en la zona lumbar, de aquellos que sí presentan lumbalgia propiamente.

De entre los antecedentes personales tendremos en cuenta la edad, el sexo, los antecedentes patológicos y tratamiento que sigue, hábito de vida, tipo de trabajo que desempeña, si ha tenido episodios similares previos y la existencia o ausencia de antecedentes traumáticos. Respecto al eje psíquico y social (personalidad y situación socio-económica), reseñar que todo dolor agudo puede generar ansiedad, cuyas manifestaciones, serán más o menos notorias según la personalidad del paciente y su estado afectivo previo. Estos factores determinan también el modo de expresar el dolor del sujeto. En general, un dolor agudo y preciso es básicamente orgánico, a no ser que se trate de un simulador experimentado o de un síntoma de conversión (dolor psicógeno: en este caso suele haber antecedentes psiquiátricos). Pero una vez que el individuo ha convivido con el dolor, comienza a percibir las ventajas de la situación, y ello puede influir en su comportamiento posterior (exageración, prolongación injustificada). Ciertos tipos de personalidad propician este fenómeno. Las circunstancias laborales y sociales negativas pueden generar ansiedad, inducir simulación total o parcial, y acentuar un posible carácter "manipulador" del enfermo. Conviene tener en cuenta tales extremos.

Los ejes psíquico y social nunca deben ser olvidados en el proceso diagnóstico, y muy especialmente hay que investigarlos en el grupo de pacientes con clínica inespecífica, o donde la exploración no constata datos que sugiera el paciente en la anamnesis.

En el apartado de enfermedad actual, una pregunta clave es interrogar sobre la existencia de síntomas acompañantes, pues algunos de ellos, en caso de estar presentes, junto con datos referentes a la edad, patologías concomitantes y tratamiento que sigue el paciente, pueden ayudarnos a sospechar la existencia de una patología grave de fondo o de un proceso que requiera tratamiento urgente. En este sentido, hemos de tener en cuenta los siguientes indicios:

1- Historia de enfermedad maligna primaria o síntomas sugestivos de cáncer y/o metástasis.

2- Presencia de fiebre, bacteriemia o abuso de drogas vía parenteral.

3- Terapia con esteroides u otras predisposiciones a enfermedades metabólicas del hueso o fracturas por comprensión.

4- Terapia anticoagulante.

5- Edad avanzada.

6- Dolor lumbar muy severo, que no mejora, que empeora progresivamente o que no se alivia con el reposo en cama.

7- Traumatismo severo.

El estudio e interpretación de estos indicios nos delimita el segundo gran grupo sindrómico: lumbalgia que sugiere patología grave o que requiere tratamiento urgente.

El tiempo de evolución nos ayuda a clasificar la lumbalgia en aguda, subaguda y crónica.

- Aguda: Aquella que aparece de forma súbita y cuya evolución no sobrepasa las dos semanas.

- Subaguda: Inicio insidioso y que empeora progresivamente en varias semanas o meses.

- Crónica: Aquella de largo tiempo de evolución (más de tres meses).

Esta distinción es importante, ya que una lumbalgia crónica es menos probable que se deba a enfermedades graves o a dolor referido, y muy frecuentemente delata alteraciones degenerativas o posturales de la columna. Además de las diferencias importantes en cuanto al manejo, generalmente son precisas pruebas radiológicas y de laboratorio.

El siguiente paso, tras descartar los procesos dolorosos de localización no lumbar, la lumbalgia que sugiere patología grave, y la lumbalgia crónica, será evaluar si el dolor tiene o no carácter mecánico.

Así delimitamos nuestro cuarto grupo sindrómico, que incluye las lumbalgias no mecánicas o dolor referido, donde haremos el diagnóstico diferencial con los siguientes procesos:

- Alteraciones gastrointestinales.

- Alteraciones retroperitoneales.

- Alteraciones ginecológicas.

- Otras alteraciones.

Por último, ante la lumbalgia mecánica, serán fundamentales para su caracterización preguntas como la actividad en el momento de la aparición, relación con desencadenantes, características del dolor, y alivio o no con el reposo, postura y marcha.

La presencia o ausencia de síntomas neurológicos, de irradiación típica (ciatalgia), variación con las maniobras de Valsalva, corroborado siempre con una exploración física rigurosa, nos orientarán para diferenciar la lumbalgia mecánica simple de la que presenta afección radicular.

Pensamos que este esquema de diagnóstico diferencial sindrómico es el más adecuado a la hora de enfrentarnos ante el paciente con dolor de espalda bajo, ya que clasifica claramente las lumbalgias, impide que se nos escape patología grave, aborda datos que a veces no se tienen en cuenta y nos puede ayudar a ser menos agresivos en el proceder diagnóstico y terapéutico, ya que facilita la protocolización de actuaciones.

EXPLORACION FISICA

La exploración física es la etapa del reconocimiento del enfermo que completa la anamnesis. Errores o deficiencias cometidas durante este acto conducen fácilmente a diagnósticos equivocados. El explorar precisará un buen entrenamiento y establecerá un orden propio para que esta actividad sea completa.

El examen fisiológico puede dividirse en las siguientes fases:

- 1- Observación e inspección.
- 2- Palpación y percusión.
- 3- Maniobras y pruebas.
- 4- Examen neurológico.

1- Observación e inspección

El examen se inicia cuando el paciente entra en consulta, observando su postura, apariencia general, etc.

El enfermo que se sienta confortablemente y discute con tranquilidad es imposible que este sufriendo una alteración mecánica aguda, ya que estos pacientes suelen estar mínimamente confortables cuando permanecen sentados. Otros, con espasmo muscular severo o dolor lumbar radicular, en general se mueven con precaución, inclinándose a veces torpemente hacia un lado, e incluso paseando por la habitación, incapaces de sentarse a pesar de la incomodidad de estar de pie o caminando. Cuando se sientan, suelen adquirir posiciones peculiares, como una o ambas piernas extendidas desde la cadera, la nalgas en el borde del asiento, etc.

Una vez observadas éstas y otras características, pasaremos a la inspección propiamente dicha, para lo que el enfermo debe estar completamente desnudo o a lo sumo con braga o calzoncillo.

Con el enfermo en bipedestación, prestaremos atención a los siguientes aspectos:

Enfermo de espaldas:

Pies: aspecto, posición, constitución, callosidades, atrofas...

Tobillos: Alineación, deformidades, volumen...

Rodillas: Alineación, aspecto...

Muslos: Alineación, volumen, atrofas...

Pelvis: Horizontalidad, relieves ilíacos, asimetrías...

Columna lumbosacra: escoliosis, musculatura paravertebral, surco interglúteo, rebordes glúteos, alteraciones cutáneas...

Columna dorsal: curvaturas, nivel de las costillas, prominencias de las escapulas, musculatura, nivel de los hombros...

Columna vertebral: curvaturas, contracturas...

Enfermo de perfil:

Curvatura de todo el raquis.

Vientre prominente.

Tono muscular.

Presencia o ausencia de inclinación pélvica.

Enfermo de frente:

Se corroborarán las observaciones anteriores y la presencia de nuevas alteraciones.

Es obvio que una buena inspección puede poner de manifiesto ciertos hallazgos de interés diagnóstico, tales como:

- Deformidades raquídeas.
- Diferencias de longitud de los miembros inferiores.
- Posturas antiálgicas.
- Enfermedades de la piel.
- Atrofias musculares.

2- Palpación y percusión.

Esta parte de la exploración se podrá hacer con el enfermo sentado, en bipedestación o en decúbito. Es preciso reseñar que la profundidad de la columna vertebral en el organismo hace que su examen, en general, proporcione información escasa, por lo que resaltaremos sus aspectos más importantes:

- Palpación de apófisis espinosas: Probablemente es la acción que aporta más información, ya que ocasionalmente podrá detectar alteraciones específicas. Un punto doloroso puede sugerir la existencia de un proceso patológico: fracturas, metástasis, espondilodiscitis infecciosas. También podríamos poner de relieve un "escalón", con desplazamiento anterior de las apófisis superiores con respecto a las inferiores, que sugeriría espondilolistesis. Una importante amplitud entre las apófisis insinuaría la existencia de espina bífida.

- Musculatura paravertebral: El aumento de su tono, que aparece como espasmo o contractura que se nota por su mayor dureza, suele estar asociado a desarreglos mecánicos.

- Cóccix: Su dolorimiento a la manipulación se asocia muchas veces a caída sobre las nalgas.

- Tuberosidad isquiática: Su palpación dolorosa puede indicar bursitis a este nivel.

- Trocánter mayor: La palpación o percusión puede poner de manifiesto la presencia de bursitis, soliendo empeorar el dolor con el movimiento.

– Puntos de Vellix: Donde palpamos la raíz nerviosa en diferentes localizaciones de su trayecto (salida pélvica, muslo, hueso poplíteo, etc.), originándose un fuerte dolor y la propagación de este por la raíz del nervio, en caso de radiculitis, aunque esta maniobra no siempre es específica.

– Abdomen, glúteos, muslos, piernas: La musculatura abdominal desempeña un importante papel en el funcionamiento de la columna vertebral. Su flacidez podría alterarlo. La atrofia o hipotonía en estos músculos podría estar indicando lesiones radiculares.

– Puntos de resorte o gatillo: Son zonas hipersensibles de la piel, duras o nodulares, cuya palpación aumenta el dolor del paciente, pudiendo mejorar con inyecciones locales o masajes. Los más importantes son el transverso-espinal, sacroiliaco, glúteo, sacrotransverso y el de la fascia lata.

3– Maniobras y pruebas.

Todas ellas van encaminadas al hallazgo de alguna alteración. Son muy diversas, y algunas son variantes de ellas mismas. Las expondremos según la exploración del dolor mecánico o neurológico de la columna vertebral, así como aquellas dirigidas a examinar estructuras concretas de la región lumbosacra.

– Maniobra de Goldthwait:

Esta maniobra va a diferenciar el dolor lumbar de origen vertebral del radicular. Con el enfermo en decúbito supino, el explorador levanta una pierna, tomando el talón con la palma de la mano, de forma que la pierna suba extendida. A la vez, coloca la otra mano en la región lumbar, para detectar el momento en que la columna comienza a moverse. Si el dolor aparece cuando se inicia la movilización de ésta, la prueba es positiva, siendo el dolor de origen mecánico vertebral y no radicular.

– Maniobra de Valsalva:

Aunque presenta dudas en cuanto a la interpretación clínica, la aparición de un dolor profundo y fijo a nivel lumbar, podría indicar una alteración esquelética. Si éste es irradiado al dorso del muslo, podría sugerir afectación radicular. Esta maniobra podría, teóricamente, diferenciar ambos tipos de dolor.

– Maniobra de elevación de la pierna extendida (L 4, L5, S1):

Se basa en la elongación de las raíces ciáticas. Con el enfermo en decúbito supino, se levanta suave y lentamente la pierna extendida, tomando el talón con la palma de la mano. Si es positiva, se percibe el dolor en la parte posterior de la pierna, hasta el pie, siendo indicativo de radiculitis. La maniobra se considera positiva si el dolor aparece entre los 30 y 70°. A partir de 70° comienza la maniobra de Goldthwait, ya que empieza a moverse la columna lumbar. Como confirmación de la positividad de esta prueba, se puede realizar la maniobra de Bragard, que consiste en la elevación de la pierna extendida hasta que aparecen los síntomas radiculares: se baja entonces hasta que el dolor remite, realizando en ese momento una dorsiflexión del pie. Si ello provoca reaparición del dolor, es positiva.

– Maniobra de Lasegue (L 4, L 5, S 1):

En decúbito supino y con la cadera y rodilla flexionadas 90°, se procede a la extensión de la rodilla, hasta que se provoque la aparición del dolor radicular. Es menos valorable que la anterior, por la participación en la maniobra de otras articulaciones.

– Maniobra de Lasegue invertido o de elongación del crural (L 3, L4): En decúbito prono, se hiperextiende la cadera y se flexiona la rodilla. Si aparece dolor radicular en el muslo, se considera positiva.

– Maniobra de Ericson o de compresión iliaca:

Con el enfermo en decúbito supino, se ejerce presión brusca y potente en sentido medial, con las manos una en cada espina iliaca anterosuperior. En condiciones patológicas de las articulaciones sacroilíacas aparece dolor.

– Maniobra de Goenslen:

Con el enfermo en decúbito supino, y apoyando en el borde de la camilla de exploración, se coge la pierna del lado interno, flexionándola fuertemente sobre el abdomen o tórax. En caso de patología de las sacroilíacas, al apoyar el explorador su mano sobre la rodilla de la pierna extendida y forzarla hacia abajo, aparecerá dolor a nivel de la articulación de ese lado.

– Maniobra de Febese:

Con el enfermo en decúbito supino, se flexiona un muslo y se abduce y rota externamente, de forma que el tobillo apoye en la parte inferior del muslo contrario. Forzando la rotación externa y presionando la rodilla hacia abajo, aparecer dolor en la articulación sacroilíaca de ese mismo lado, en caso de patología. Si el dolor se percibe en el triángulo de Scarpa, la lesión estará en la cadera.

4– Examen neurológico.

Debe realizarse cuando se sospeche dolor radicular por la historia y las maniobras de tracción, y debe ser cuidadoso y perfecto. Se debe descartar signos de tracto largo, afectación de cola de caballo y afectación de raíces nerviosas.

La exploración neurológica incluirá pruebas que consideren el examen motor, el examen sensorial y los reflejos.

Se debe examinar:

- Dorsiflexión, eversión e inversión del pie.
- Dorsiflexión del dedo gordo.
- Prueba sensorial grosera del pie.
- Reflejos rotuliano y aquileo.
- Reflejo plantar.

Para realizar el examen neurológico, será preciso recordar algunas características de la distribución sensorial y motora: L 4 inerva la parte interna del pie, y realiza la inversión del mismo. S 1 inerva la parte externa y realiza la eversión, y L 5 inerva el dorso del pie y realiza la dorsiflexión de los dedos. Lo más frecuente es hallar alteraciones motoras, pero no sensitivas.

Debe examinarse siempre la sensibilidad sacra (perineal): su pérdida sugiere lesión de la cola de caballo.

Es preciso resaltar que las causas más frecuentes de pérdida sensitiva objetiva en la extremidad inferior son las lesiones nerviosas periféricas, y no las lesiones de la raíz.

En las lesiones de las raíces nerviosas, los reflejos osteotendinosos pueden o no estar afectados. En este sentido, debemos recordar que el reflejo rotuliano depende de L 4, y el aquileo, de S 1. La lesión aislada de L 5 generalmente no produce ningún cambio en los reflejos.

Es interesante subrayar que la enfermedad discal lumbosacra nunca produce signos de tracto largo, por lo que no aparece signo de Babinsky, ni espasticidad.

Para finalizar la exploración, diremos que todas las observaciones, signos, pruebas y maniobras, requieren un orden sucesivo, a modo de ritual que no omita ninguna parte.

Salvatella estableció el mismo, en las siguientes etapas:

1- Con el enfermo de pie:

Visión de conjunto: pliegues cutáneos, actitudes...

Palpación y percusión de apófisis espinosas.

Movimientos activos: Selecciones laterales.

Flexión y extensión.

Elevación de puntillas sobre un pie.

2- Sentado:

Rotaciones del tronco.

Reflejo rotuliano.

Fuerza de extensión de rodilla.

3- Decúbito lateral:

Presión vertical sobre la cresta ilíaca.

4- Decúbito prono:

Visión de conjunto.

Persistencia o no de las curvas escolióticas.

Estado de musculatura paravertebral.

Flexiones de rodilla resistidas (estiramiento de raíz).

Reflejo aquileo.

5- Decúbito supino:

Visión de conjunto.

Movilidad de las diferentes articulaciones.

Flexión dorsal del pie y dedo gordo.

Estado de musculatura abdominal.

Maniobras y pruebas especiales.

Reflejos rotulianos.

Lasegue.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Los resultados de las pruebas de laboratorio nunca deben sustituir una historia clínica y una exploración física cuidadosas, en la valoración de los pacientes con lumbalgia, de forma que nos permitan confirmar o descartar diagnósticos previamente sospechados.

En general, las pruebas de laboratorio son de poca utilidad en el diagnóstico de las lumbalgias. Pueden ser útiles para diferenciar causas mecánicas y enfermedades sistémicas.

La mayoría de los individuos con lumbalgia no requieren análisis de laboratorio en su valoración inicial. Estos serán necesarios si el enfermo no responde al tratamiento, en edades avanzadas de la vida y en sujetos jóvenes con síntomas sistémicos graves.

La lumbalgia, como causante de inflamación, ocasiona alteraciones humorales y citológicas, que si bien constituyen un síndrome inespecífico, pueden ser de utilidad en cuanto a la determinación de la organicidad del proceso y el seguimiento del mismo. Dentro del síndrome biológico de la inflamación, podemos diferenciar:

- 1- Reacción mielohematológica.
- 2- Reactantes de fase aguda.
- 3- Alteraciones en los minerales.

1- *Reacción mielohematológica.*

- Alteraciones leucocitarias: el recuento de células blancas es normal en las lumbalgias mecánicas. Una leucocitosis sugiere la presencia de infección. También puede haberla en neoplasias. Los fármacos pueden alterar el número y distribución de leucocitos (corticoides, fenilbutazona).

- Valor del hematocrito: la presencia de anemia sugiere un proceso inflamatorio sistémico. Los reumatismos inflamatorios provocan una anemia de enfermedad crónica. Las neoplasias y enfermedades hematológicas se asocian a un hematocrito disminuido. Es importante conocer el consumo de AINES como causante de anemia, que puede atribuirse erróneamente a la causa responsable de la lumbalgia.

- Plaquetas: son normales en las lumbalgias de causa mecánica. Se pueden modificar por neoplasias y fármacos.

2- *Reactantes de fase aguda.*

Se trata fundamentalmente de una disproteinemia y las consecuencias de ésta, siendo las proteínas más típicamente afectadas:

- Ceruloplasmina.
- Tercer componente del complemento (C 3).
- Alfa 1 glucoproteína ácida.
- Alfa 1 Antitripsina.

Haptoglobina.

Fibrinógeno.

Proteína C reactiva.

Componente A de amiloidosis.

Como consecuencia de esta disproteinemia, se altera la VSG. La prueba de mayor utilidad para diferenciar las lumbalgias médicas de las mecánicas es el valor de la VSG, siendo ésta normal en la lumbalgia mecánica. Una VSG marcadamente elevada se asocia a metástasis, enfermedades del tejido conectivo e infecciones bacterianas agudas.

3- Alteraciones en los minerales.

Es corriente un descenso de la sideremia y un aumento de la cupremia en la mayoría de cuadros inflamatorios agudos, incluso en los subagudos y crónicos.

Otros estudios de laboratorio

1- Pruebas bioquímicas sanguíneas.

Suelen evaluarse mediante una batería de 12 o más parámetros (SMAC 12). Si bien los grupos de pruebas parecen aleatorios, la combinación de ellas ayuda a distinguir trastornos de órganos específicos:

- Calcio y fósforo séricos: La osteoporosis, la osteoartritis y las lumbalgias de causa mecánica no se asocian a ninguna alteración de las concentraciones séricas de calcio fósforo. Están alteradas en hiperparatiroidismo, neoplasias, metástasis y múltiple.

- Fosfatasa alcalina sérica: Esta enzima es producida por los osteoblastos. Las enfermedades asociadas a su elevación incluyen, enfermedad de Paget, metástasis, hiperparatiroidismo, neoplasias, osteomalacia y fase de curación de fracturas. Las enfermedades del sistema nervioso hepatobiliar y de la mucosa intestinal pueden ocasionar elevaciones de la fosfatasa alcalina.

- Fosfatasa ácida sérica: Tiene una función similar a la alcalina, pero es activa a un pH inferior. Se relaciona básicamente con las células acinares de la glándula prostática y con las metástasis prostáticas a nivel óseo. También está presente en el hueso, plaquetas, eritrocitos y bazo. La fosfatasa ácida no prostática está elevada en diversas enfermedades que afectan al hueso, como la enfermedad de Paget, hiperparatiroidismo, mieloma múltiple y tumores óseos primarios.

- Ácido úrico sérico: Sus valores son normales en la gran mayoría de pacientes con lumbalgia. Puede estar elevado en los pacientes con gota sacroilíaca, los cuales suelen tener enfermedad gotosa extensa en las articulaciones periféricas.

- Proteínas totales y albúmina sérica: En las inflamaciones o infecciones crónicas puede encontrarse una elevación difusa de las gammaglobulinas. Un aumento monoclonal puede ser producido por enfermedades benignas (gammopatías monoclonales) o malignas (mieloma múltiple).

– Uremia y creatinina: Los pacientes con lumbalgia visceral de origen genitourinario pueden tener estos parámetros elevados. Pueden ser también alterados por muchos fármacos, incluyendo los corticoides y los antiinflamatorios.

2- Pruebas inmunológicas.

– Tipaje de histocompatibilidad: En relación a las enfermedades de la columna vertebral lumbosacra, los antígenos de la clase IB son los que se relacionan más estrechamente con la espondiloartrosis. El HLA-B 27 está presente en el 90% de los pacientes con espondilitis anquilosante, y en un 80% de los pacientes con síndrome de Reiter. Esta prueba es de mayor utilidad en los sujetos jóvenes que presentan lumbalgia y sacroileítis dudosa en la radiografía.

– Factor reumatoide: Este se presenta en una gran variedad de enfermedades inflamatorias y autoinmunes crónicas.

– Análisis de orina: Es útil para identificar aquellos individuos con dolor lumbar referido viscerogénico de origen genitourinario.

3- Otras pruebas.

– Función lumbar: Los pacientes con infección, tumores u otras lesiones inflamatorias de la médula espinal o de las raíces nerviosas presentan anomalías de las células, proteínas o de la presión del líquido cefalorraquídeo.

– Líquido sinovial: Raramente se obtiene líquido de las articulaciones de la columna lumbosacra. Puede ser útil en los casos en que sospeche una artritis séptica de la articulación sacroilíaca.

– Muestra de biopsia: El estudio de las muestras biopsiadas es de gran interés en el diagnóstico de tumores.

EXPLORACION RADIOGRAFICA DE LA COLUMNA LUMBAR

El proceso diagnóstico de un paciente con lumbalgia pasa, a veces, por la realización de un estudio radiológico. Habitualmente, con sólo dos proyecciones (anteroposterior y lateral) de columna lumbar serán suficientes para enfocar la mayor parte de los problemas diagnósticos. En casos seleccionados, se pueden incluir las proyecciones oblicuas, que nos dan mayor definición de las articulaciones interapofisarias y de los pedículos vertebrales. Aún siendo un recurso diagnóstico fundamental, hemos de ser juiciosos en su realización. Algunos estudios han demostrado que la relación coste-beneficio de las Rx lumbares no justifica su realización en la visita inicial a todo paciente con lumbalgia, salvo que concurren algunas de las circunstancias que se especificarán más adelante. Hay autores que evidencian que sólo una de cada 2.400 Rx reveló un hallazgo importante no sospechado a través de una anamnesis y una exploración física cuidadosa.

En la valoración inicial de una Rx de columna lumbar, nos fijaremos en:

- Actitud o estática vertebral: La columna lumbar presenta una lordosis fisiológica. Cualquier alteración de esta posición (hiperlordosis, pérdida de lordosis, escoliosis, etc.) puede traducir algún tipo de anomalía.

- Partes blandas: Cálculos, flebolitos, sombras del psoas.

- Densidad ósea.

- Contornos: Se trata de identificar las estructuras anatómicas vertebrales dentro de las proyecciones radiográficas habituales. En este sentido, es interesante recordar los puntos propuestos por De Seze, que son 15 en la proyección A-P y 17 en la L:

1, 2, 3, 4: Contornos vertebrales.

5, 6: Apófisis vertebrales.

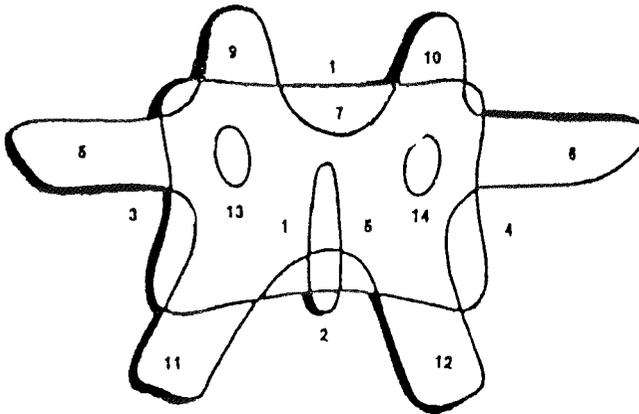
7, 3: Escotaduras interlaminares, superior e inferior.

9, 10: Apófisis vertebrales superiores.

11, 12: Apófisis vertebrales inferiores.

13, 14: Pedículos.

15: Apófisis espinosa.



1, 2: Platinos superior e inferior.

3, 4: Caras anterior y posterior del cuerpo vertebral.

5: Pedículos.

6, 7: Articulaciones interapofisarias.

8: Láminas.

9: Agujero de conjunción.

10: Apófisis espinosa.

11: Espacio interespinal.

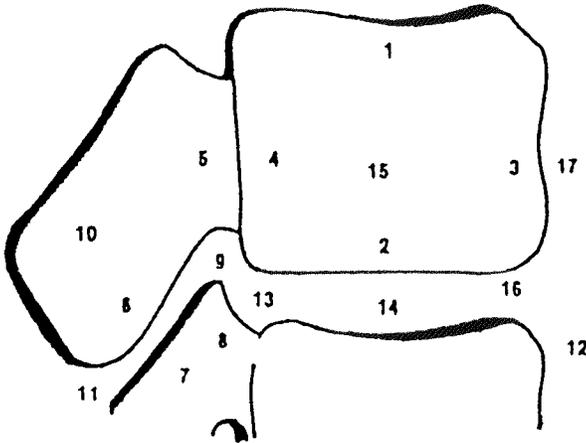
12, 13: Angulos anterior y posterior.

14: Espacio discal.

15: Cuerpo vertebral.

16: Ligamento vertebral anterior.

17: Perirraquis.



En la proyección oblicua, los elementos posteriores delimitan una imagen que recuerda a un perro "terrier". La nariz es la apófisis transversa; el ojo, el pedículo; el cuello, la porción interarticular; las partes delanteras, las apófisis articulares inferiores, y el cuerpo, las láminas. En el entorno, hay que valorar caderas, articulaciones sacroilíacas y sínfisis púbica.

Partiendo de este patrón normal, las alteraciones radiográficas que suelen asociarse con dolor lumbar, son:

1- Espondilitis infecciosas:

Estrechamiento del espacio discal.

Erosión de los platillos vertebrales adyacentes.

Masa de partes blandas.

2- Neoplasias vertebrales:

Lesiones osteolíticas u osteoblásticas.

Aplastamiento vertebral.

Borramiento de pedículos.

Borramiento de apófisis vertebrales.

3- Espondiloartropatías:

alteraciones sacroilíacas: Borramiento de márgenes.

Erosiones.

Esclerosis.

Estrechamiento articular.

Anquilosis articular.

Alteraciones en columna: Cuadratura vertebral.
Sindesmofitos.
Osificación ligamentosa.

4- Osteoporosis:

Aumento de la estriación vertebral.
Vértebras bicóncavas.
Acuñamiento vertebral.

5- Espondilolistesis importante.

6- Escoliosis severa.

La mayoría de las restantes alteraciones que suelen aparecer en las radiografías de columna lumbar son de significación clínica cuestionable, sobre todo los signos artrósicos (pinzamiento no uniforme, fenómenos de vacío, esclerosis subcondral y osteofitosis) y las alteraciones congénitas de la transición lumbosacra (espina bífida, lumbarización de la primera vértebra sacra o sacralización de la última lumbar). Cabe señalar sobre este asunto, que a los 50 años de edad, un 95% de los adultos sometidos a autopsia muestran cambios evidentes, debidos a la edad, en la columna lumbosacra, como estrechamiento del espacio discal, calcificación o esclerosis marginal. Las radiografías de pacientes de edad similar muestran cambios degenerativos en un 87% de los casos.

A la vista de los datos que nos pueden aportar las imágenes radiológicas, estaría indicada su realización, en la visita inicial, en un paciente con lumbalgia en el que concurren determinadas circunstancias:

- Paciente mayor de 50 años.
- Historia de traumatismo importante.
- Historia de neoplasia previa.
- Dolor nocturno o en reposo.
- Pérdida de peso inexplicada o adenopatías.
- Paciente alcohólico o ADVP.
- Tratamiento con corticoides.
- Fiebre.
- Déficit neurológico importante.
- Ausencia de mejoría tras 2-4 semanas de tratamiento conservador adecuado.
- Paciente que persigue compensación o litigio.

Asimismo, disponemos de otras técnicas radiográficas que nos permiten confirmar entidades clínicas ya sospechadas, y aunque su manejo depende del especialista correspondiente, es interesante conocer sus principales indicaciones:

- Tomografía axial computerizada: La TAC nos ofrece cortes transversales, sagitales o coronarios de las estructuras internas de la columna, a diferentes niveles. No sólo valora la configuración ósea, sino también los tejidos blandos, como ligamentos, raíces nerviosas, grasa libre y protusiones de los discos intervertebrales. Sus indicaciones serían:

– Tumores óseos primitivos: Es la técnica ideal para que el cirujano tenga conocimiento exacto de la extensión tumoral.

– Metástasis.

– Compromiso medular o radicular: Es el método de elección para valorar las alteraciones del canal medular, tales como:

Hernia discal.

Osteoartritis interapofisaria.

Estenosis del canal.

– Valoración postquirúrgica del raquis lumbar:

Fibrosis epidural.

Radiculopatía contralateral.

Seudomeningocele.

– Espondilodiscitis infecciosas.

– Desnitometría ósea.

– Sacroileítis: Es el método más sensible actualmente.

– Evaluación de traumatismo: Determina la afectación intraraquídea.

Mielografía: Considerada por algunos como la prueba de referencia para la evaluación de la presión sobre los elementos neurales. El mielograma normal de columna lumbar consta de una proyección frontal, una lateral y dos oblicuas. Actualmente se utiliza la metrizamida como contraste. Esta prueba no debe realizarse a menos que haya posibilidad de cirugía, siendo la indicación fundamental la confirmación preoperatoria de la localización del disco lesionado, o para descartar la posibilidad de una raíz nerviosa anómala o de un disco doble.

– Estudios radioisotópicos: Las imágenes obtenidas mediante isótopos valoran la función y el metabolismo tisular, mediante la liberación de cantidades muy pequeñas de material radiactivo. Los trazadores utilizados más frecuentemente son el tecnecio 99 y el galio 67. Sus indicaciones son:

– Tumores primitivos.

– Metástasis: de elección.

– Osteomielitis: de elección.

Resonancia magnética nuclear: Es una nueva técnica diagnóstica que identifica con claridad pequeñas diferencias de densidad de los tejidos, sin exponer al paciente a radiaciones ni material de contraste. Sus indicaciones son:

– Tumores óseos primitivos.

– Metástasis.

– Osteomielitis: presenta algunas ventajas con respecto a los estudios radioisotópicos:

Menos falsos positivos.

Localización exacta de la vértebra afecta.

Mayor fiabilidad en la detección de la afectación discal.

Valora simultáneamente la existencia de compresión y afectación medular.

– Hernia discal: Es detectada por RMN con mayor sensibilidad y especificidad que cualquier otra técnica, salvo en el caso de hernias laterales o muy pequeñas, en las que la TAC tiene mayor poder resolutivo.

Otras técnicas disponibles, que sólo nombraremos, son: Tomografía, discografía, venografía epidural y ultrasonografía.

Para llegar a un diagnóstico correcto, el orden de utilización de las pruebas diagnósticas descritas puede ser:

- Hernia discal: TAC.
RMA.
Mielografía.
- Estenosis espinal: Rx simple.
TAC.
Mielografía.
- Espondilotistosis: Rx simple.
TAC.
- Espondiloartropatía: Rx simple.
Gammagrafía.
TAC.
- Infección: Rx simple.
Tomografía.
Gammagrafía.
RMN.
- Tumores: Rx simple.
TAC.
Gammagrafía.
RMN.
Mielografía.
- Enfermedades endocrinas: Rx simple (osteoporosis).
Gammagrafía (osteomalacia).
TAC (cuantificación de minerales).
- Traumatismos: Rx simple.
TAC.
Gammagrafía.

ACTITUD TERAPEUTICA

Ante un paciente que nos consulta por dolor lumbar, con o sin irradiación a extremidades inferiores, hemos de proponer un plan terapéutico que tenga como base el

diagnóstico previamente establecido, en función de los grupos sindrómicos expuestos en el apartado de clasificación y diagnóstico diferencial.

Vamos a describir someramente la sistemática de tratamiento y las indicaciones posibles.

1- Lumbalgia que sugiere patología grave o requiere tratamiento urgente.

- Sospecha clínica de síndrome de cola de caballo: Evaluación quirúrgica urgente.

- Sospecha clínica de neoplasia:

Edad mayor de 50 años.

Historia previa.

Síndrome constitucional.

Adenopatías.

Dolor nocturno o en reposo.

S. de cola de caballo.

Clínica de neo primaria.

S. de compresión medular.

Rx sugestiva.

VSG elevada.

- Sospecha clínica de infección:

Adición a drogas via parenteral.

Ancianos con uropatías o manipulación a ese nivel.

Datos epidemiológicos o manipulaciones a ese nivel.

Datos epidemiológicos de tbc, brucelosis, etc.

Fiebre.

Dolor nocturno en reposo.

Signos de déficit neurológico.

Rx sugestiva.

VSG elevada.

En ambos casos, la actitud será el uso juicioso, por el especialista correspondiente, de las pruebas antes mencionadas.

2- Lumbalgia aguda no mecánica o dolor referido.

Sospecha de visceropatía: tras hacer el diagnóstico diferencial, el tratamiento será el adecuado a cada caso.

3- Lumbalgia aguda mecánica simple.

Es la más frecuente. El tratamiento es esencialmente conservador, obteniendo la mayoría de los pacientes beneficio del mismo. Debe ir encaminado a retornar al individuo a una vida funcional normal, tan pronto como sea posible. El tratamiento conservador puede incluir:

a) Reposo.

b) Tratamiento farmacológico, local y/o general.

c) Manipulaciones: sospecha de hernia discal o subluxación.

d) Tracción vertebral: sospecha de hernia nuclear.

a) *Reposo*: Es el tratamiento clave, y atendiendo a la intensidad del dolor, será absoluto (en cama) o relativo. Hay discrepancias en cuanto al tiempo de duración del reposo absoluto. En los casos de lumbalgia se suele mantener 5 ó 7 días, aunque estudios recientes, como el de Deyo et al no observan diferencias respecto de los pacientes que son tratados con 2 días. Hay que revisar al enfermo una vez finalizado el plazo que consideramos suficiente para que se aprecie una remisión del dolor, aunque sea parcial.

Es aconsejable la cama dura, y una posición antiálgica, que podrá ser en decúbito supino o lateral. Si la posición es en decúbito supino, se colocará una almohada bajo las rodillas, para conseguir que las caderas queden aproximadamente a 70° de flexión, puesto que de esta forma se corrige la lordosis lumbar. Ello hace que los cuerpos vertebrales se aproximen en su parte anterior y se separen en la posterior, descomprimiendo esta zona. El dolor discógeno (sea o no radicular) se alivia generalmente acostándose, y puede disminuir considerablemente durante la noche. La explicación deriva de los efectos de la posición erguida sobre las presiones intradiscales. Nachemson y Elfström demostraron que el estar totalmente acostado reduce las presiones intradiscales en alrededor de un 25% de sus niveles normales en bipedestación, mientras que las posturas sentadas están asociadas a incrementos bastante importantes en las presiones intradiscales, por encima de las de bipedestación. Por esta razón, los enfermos con problemas discales experimentan típicamente el mayor malestar mientras conducen, están sentados durante largos períodos, etc.

El dolor de espalda que persiste sin alivio ni empeoramiento estando acostado (por ejemplo, a lo largo de la noche) sugiere una etiología diferente a la lesión discal lumbar, tal como un tumor o una infección.

Finalizada la fase aguda álgica, el reposo será relativo, es decir, más de 10 horas de reposo nocturno, con varios períodos de posición en decúbito durante el día, evitando en lo posible la sedestación y otras posiciones que aumenten la presión intradiscal. También deberemos alentar al paciente a que camine, de acuerdo con un programa de paseos progresivo, empezando con paseos de 5 minutos de duración 4 veces al día. La duración de cada paseo puede incrementarse en 5 minutos cada 3 días, o como se tolere, hasta que el paciente pueda caminar de forma rápida durante 20 minutos o más, varias veces al día. En este punto, la mayoría de los enfermos son capaces de reanudar las actividades normales de la vida diaria.

b) *Tratamiento farmacológico*: Asociado al reposo, es el tratamiento de elección. La vía de administración puede ser local o general. Si es general, podemos usar:

– Analgésicos: paracetamol, paracetamol más codeína.

– Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): ibuprofén, indometacina, diclofenac, naproxeno, piroxicam, etc. Los analgésicos y AINE son útiles en cuanto disminuyen el dolor, pero no modifican el período de estado; por otra parte, las reacciones adversas deben ser cuidadosamente sopesadas siempre que se recomiende este tipo de medicación. Además; no existen, datos que sugieran que un AINE es superior a otros.

– Benzodicepinas: con efecto miorrelajante y ansiolítico. Han sido ampliamente recomendadas, aunque a las dosis que se prescriben, su acción se debe al efecto ansiolítico, ya que se precisan dosis de 40-50 mgs. de diacepán para que aparezca miorrelajación.

– Relajantes musculares: Metocarbamol y carisoprodol. No se ha demostrado una eficacia superior a las benzodicepinas.

– Corticoides: estarán indicados en algunos casos de lumbociatalgia hiperálgica que no mejoran con las medidas citadas anteriormente. La vía de administración es la intramuscular y el tratamiento debe ser de corta duración.

Si el tratamiento farmacológico es local:

– Previa termoterapia superficial, AINE tópicos.

– Infiltraciones corticoanestésicas: Aunque sus indicaciones son bastante subjetivas en función del terapeuta, se han mostrado eficaces:

A nivel de la musculatura paravertebral, a dos traveses de la apófisis trasversa dolorosa, en discopatías con síndrome álgico rebelde a otros tratamientos.

En punto gatillo, previa anestesia local.

c) *Manipulaciones (quiropática)*: La manipulación es un movimiento brusco y seco que se realiza a una articulación partiendo desde el final del arco del movimiento pasivo forzado (puesta en tensión). La regla básica de la manipulación es, según Maige, "no dolor y movimiento contrario". Está indicada en casos de dolor lumbar segmentario de corta duración.

Su eficacia tiende a ser total o nula: Cyriax afirmó que la manipulación tenía éxito rápidamente o ya no lo tenía, y esto está de acuerdo con la experiencia clínica.

Estará contraindicada siempre que haya signos de afectación de S 3 y S 4 (anestesia perineal, alteración de esfínteres), signos de compresión medular de origen discal (claudicación, Babinsky), último mes de embarazo, hernias que ocasionan marcados signos articulares y radicales que se exacerban con la bipedestación, y la neurosis.

d) *Tracción vertebral*: Actúa fundamentalmente como relajante muscular y disminuye la presión intradiscal. Consiste en la aplicación de dos fuerzas opuestas en sentido craneocaudal, colocando al paciente en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas en posición de relajación, manteniendo una tracción continua y progresiva hasta alcanzar el 60% del peso corporal, durante un período medio de 24-48 horas, y asociado a tratamiento farmacológico. Su indicación principal es la discopatía sin signos neurológicos de irreductibilidad y aquella en que exista un componente de espasmo muscular asociado.

4- Lumbalgia aguda con irradiación radicular

En adultos jóvenes o de mediana edad, las radiculopatías tienden a corresponderse con herniaciones agudas del núcleo pulposo de un disco lumbar, mientras que en pacientes ancianos lo más frecuente es que sea una espondilolistesis degenerativa o una estenosis del canal medular.

El 90% de las herniaciones discales implican a la raíz nerviosa S I, o a la raíz L V. Las manifestaciones pueden ser de dos formas, que conllevarán distinto enfoque terapéutico:

– Con pérdida de fuerza: Evaluación por especialista.

– Sin pérdida de fuerza: Tratamiento conservador. Este se inicia incluso antes de un diagnóstico por imagen, siendo igual al del apartado anterior, con algunas modificaciones:

a) Reposo: Es el tratamiento clave. La duración será más prolongada (1-2 semanas), considerando la disminución del cuadro a partir de la disminución del dolor y del signo de Lasegue. Las recomendaciones son las mismas en cuanto a superficie y postura. Añadiremos el consejo sobre realización de ejercicios isométricos de musculatura abdominal y de pantorrillas, para evitar la atrofia por desuso cuando el reposo absoluto supere los 15 días.

b) Tratamiento farmacológico: Igual al descrito anteriormente.

c) Manipulaciones: Excepto en hernias discales con marcada sintomatología radicular y en síndromes de cada esquina o compresión medular.

d) Tracciones vertebrales: Ineficaces cuando hay signos neurológicos que indiquen irreductibilidad (clínica prolongada o progresiva).

Si los síntomas persisten más de tres semanas, a pesar del tratamiento conservador correcto, o si presenta déficits motores graves y progresivos en su evolución o desde el inicio, o bien pacientes que experimentan múltiples episodios de cialgia, deben ser remitidos al especialista, para valorar exploraciones complementarias.

5- Lumbalgia crónica: Situación clínica de meses o años de evolución. El tratamiento en este grupo puede incluir:

a) Reposo relativo: Ya fue comentado en la fase aguda. El reposo absoluto en cama debe tener una duración mínima imprescindible, iniciándose precozmente la movilización mediante una cinesiterapia correctamente dirigida. El efecto negativo del reposo prolongado se debe a la desmineralización ósea que provoca.

b) Tratamiento farmacológico: En esta fase, creemos que sólo están indicados los miorrelajantes, ansiolíticos y analgésicos menores, ocasionalmente.

c) Termoterapia superficial: Asociada a AINE tópicos. Existe otra modalidad, llamada profunda, que se realiza con onda corta, radar o ultrasonidos, que actúan calentando en profundidad los tejidos, con lo que aumenta la vascularización.

d) Electroterapia: Actúa a nivel de los receptores sensitivos, aumentando el umbral doloroso.

e) Cinesiterapia: Consiste en una serie de ejercicios encaminados a la reeducación postural y a la potenciación selectiva de la musculatura glútea, abdominal y paravertebral.

La reeducación postural intenta liberar las articulaciones dolorosas por enderezamiento de la incurvación vertebral de la región, procurando el máximo de extensión axial y localizando electivamente el nivel álgico. Para corregir la hiperlordosis lumbar, si la consideramos responsable del dolor, y conseguir la extensión axial de esta zona

de la columna, es necesario bascular la pelvis hacia atrás, pues la curvatura lumbar se modifica al hacerlo la pelvis en este sentido, llevando la columna a una posición más cifótica.

Los ejercicios se realizan indicando al paciente que "introduzca los glúteos entre los muslos" mediante una ligera contracción del par abdominales-glúteos, que extenderá la pelvis hacia atrás y extenderá axialmente la columna lumbar, provocando a su vez un estiramiento de las masas lumbares y la posición de corrección. Esta posición deberá procurarse en decúbito supino, en bipedestación con el dorso apoyado en la pared, en suspensión sobre espaldera, en decúbito prono, en sedestación, y en bipedestación libre y en marcha. Estos ejercicios deben realizarse de forma progresiva, en el transcurso de varias sesiones.

La potenciación de la musculatura afecta a aquélla relacionada con la deslordosis. Al contraerse los rectos mayores del abdomen y los glúteos mayores, se obtiene un enderezamiento de la lordosis lumbar. La contracción de los abdominales empuja la masa intestinal hacia atrás, ayudando a la corrección de la hiperlordosis. Es lo que se llama prensa abdominal. Nunca debe realizarse el arco completo del movimiento, ni movimientos bruscos o dolorosos. Diversos trabajos demuestran que los individuos con mayor capacidad aeróbica, fuerza y flexibilidad presentan menos incidencia de lumbalgia, y son más tolerantes al dolor; por ello, es lógico incluir dentro del tratamiento conservador un programa de ejercicios para aumentar la capacidad aeróbica del sujeto. Se aconsejará la práctica de deportes que no impliquen estrés a nivel lumbosacro, como la natación practicada de forma regular y la deambulación.

f) Back school (reeducación cinética): Se calcula que el 80% de la población adulta experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida. La mayoría de ellos pueden evitar o disminuir el número e intensidad de sus episodios dolorosos, mediante técnicas que eviten la sobrecarga de la columna lumbar en sus actividades cotidianas. La forma mediante la cual se transmite esta información se denomina Back School. Ampliaremos este capítulo al hablar de la prevención.

g) Ortesis: En algunos casos de lumbalgia crónica estará indicada la prescripción de una ortesis de tronco (corsé), sobre todo en aquellos pacientes que en su trabajo requieran movimientos bruscos y repetidos del tronco, o transporte de peso. También estarán indicadas en pacientes con inestabilidad vertebral no quirúrgica (espondilolistesis). El motivo fundamental de la prescripción de las ortesis se basa en sus tres acciones biomecánicas:

- Aumento de la presión abdominal.
- Limitación de la movilidad.
- Modificación de la lordosis lumbar.

Tiene como contrapartida la atrofia por desuso de la musculatura retroversora y anteversora de la pelvis.

En resumen, el tratamiento conservador de la lumbalgia crónica se basa fundamen-

talmente en analgésicos y/o antiinflamatorios en las reagudizaciones, y programas de ejercicio (cinesiterapia y back school).

PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA

La prevención podemos efectuarla a tres niveles: primario, secundario y terciario.

1- Prevención primaria

Consiste en la actuación sobre factores de riesgo, antes de que aparezca la enfermedad. Los factores de riesgo en la patología que nos ocupa comienzan con la sedestación: según Kramer, los dos primeros años de vida representan una fase determinante en el desarrollo del disco intervertebral, por lo que los primeros cuidados comienzan en los primeros meses de vida. No es aconsejable obligar a los bebés a sentarse y caminar, pues las curvas fisiológicas de la columna, en el plano sagital, que tienen una clara función amortiguadora, no se han desarrollado. El desarrollo motor lo realiza el niño por sí mismo: no es conveniente, por tanto, forzar para que adopte posturas que no adoptaría por sí solo (columpios, butacas, etc.), pues correríamos el riesgo de alterar el desarrollo de las curvas fisiológicas de la columna, y con ello el desarrollo del disco.

Durante la primera y segunda infancia, se deben promocionar hábitos posturales, enseñarles a sentarse, estar de pie, permanecer en decúbito y cómo cargar objetos, al igual que a mantener una forma física y una capacidad aeróbica óptima, realizando deportes como la natación, ciclismo o jogging, con demostrados efectos preventivos sobre la incidencia del dolor lumbosacro.

Otras recomendaciones para evitar factores de riesgo conocidos son:

- Mantener el peso ideal.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Medidas psicológicas adecuadas en caso de estrés, ansiedad, depresión o fatiga.

2- Prevención secundaria.

Se basa en la detección y control, esto es, diagnóstico y tratamiento adecuados, en especial en la primera lumbalgia, para evitar su evolución a la cronicidad.

Al plantearnos un diagnóstico y tratamiento adecuados, hemos de tener siempre presente su importante repercusión sobre la psique del paciente, y viceversa, ya que los trastornos psíquicos primitivos pueden causar molestias parecidas a las que produce la patología del disco. El origen orgánico de un síndrome de columna lumbar no siempre puede ser aclarado, por lo que hemos de ser precavidos a la hora de catalogar como psicósomáticas aquellas manifestaciones clínicas de la columna lumbosacro que no podamos incluir dentro de una patología orgánica. No obstante, existen algu-

nas características que nos pueden orientar a la hora de enfocar el tipo de medidas a adoptar, ayudándonos a diferenciar los trastornos psicósomáticos y orgánicos de la columna lumbar:

– Trastornos psicósomáticos:

No dependen de la posición.

Localización indefinida del dolor.

Se describe como continuo e insoportable, con empleo habitual de términos superlativos.

Desaparece la clínica con la distracción.

El dolor no despierta al paciente: el paciente se despierta con él.

– Trastornos orgánicos:

Depende de la posición.

Localización más precisa del dolor.

Relación con factores exógenos, dolor cambiante, soportable con tratamiento.

No desaparece con la distracción.

El dolor despierta al paciente, éste adopta determinadas posturas en decúbito.

Si la patología se considera orgánica, lo adecuado sería remitir al paciente a una programa de educación individual o de grupo, impartido en una "Back School" (Escuela de Espalda). Estos programas incluyen técnicas de autorrelajación, mecánica corporal y reeducación postural.

Si sospechamos un origen psíquico de la patología, se deberá comenzar un programa de psicoterapia adecuado.

El programa de reeducación cinética y postural (Back School) se basa en los siguientes puntos:

– Te debes mantener en movimiento.

– Mantén la espalda erguida.

– Ponte en cuclillas al agacharte.

– No levantes objetos pesados.

– Reparte las cargas y mantenlas pegadas al cuerpo.

– Mantén las rodillas a una altura mayor que las caderas en posición sentada, y apoya la parte superior del cuerpo.

– No estés de pie con las piernas rectas.

– Mantén las piernas flexionadas al estar acostado.

– Practica natación, jogging o bicicleta.

– Entrena diariamente los músculos de la columna vertebral.

También se debe animar al paciente a que retorne a sus actividades laborales gradualmente, pero lo más pronto posible, así como a que practique ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento de la musculatura abdominal y de los extensores del raquis. En la práctica, el material escrito e ilustrado sirve para enseñar los ejercicios específicos, pero la mayoría de las personas deben realizar un entrenamiento para estar seguros de

que han comprendido el programa. Los pacientes que exigen una curación inmediata o que estén habituados a una tableta para aliviar sus dolencias, necesitarán ser convencidos de que el programa vale la pena, sobre todo para prevenir futuras reapariciones.

Hemos de insistir en que la reincorporación laboral forma parte del tratamiento y prevención. La mayoría de autores han destacado que cuanto más prolongado es el absentismo laboral, más difícil es la reincorporación al trabajo. El absentismo laboral prolongado, de más de tres meses, ocasiona alteraciones psicológicas que dificultan el éxito del tratamiento. De estos hechos es fácil deducir que la reincorporación laboral precoz tiene efectos beneficiosos para el paciente. No tiene objeto prolongar las bajas más de lo necesario.

3- Prevención Terciaria

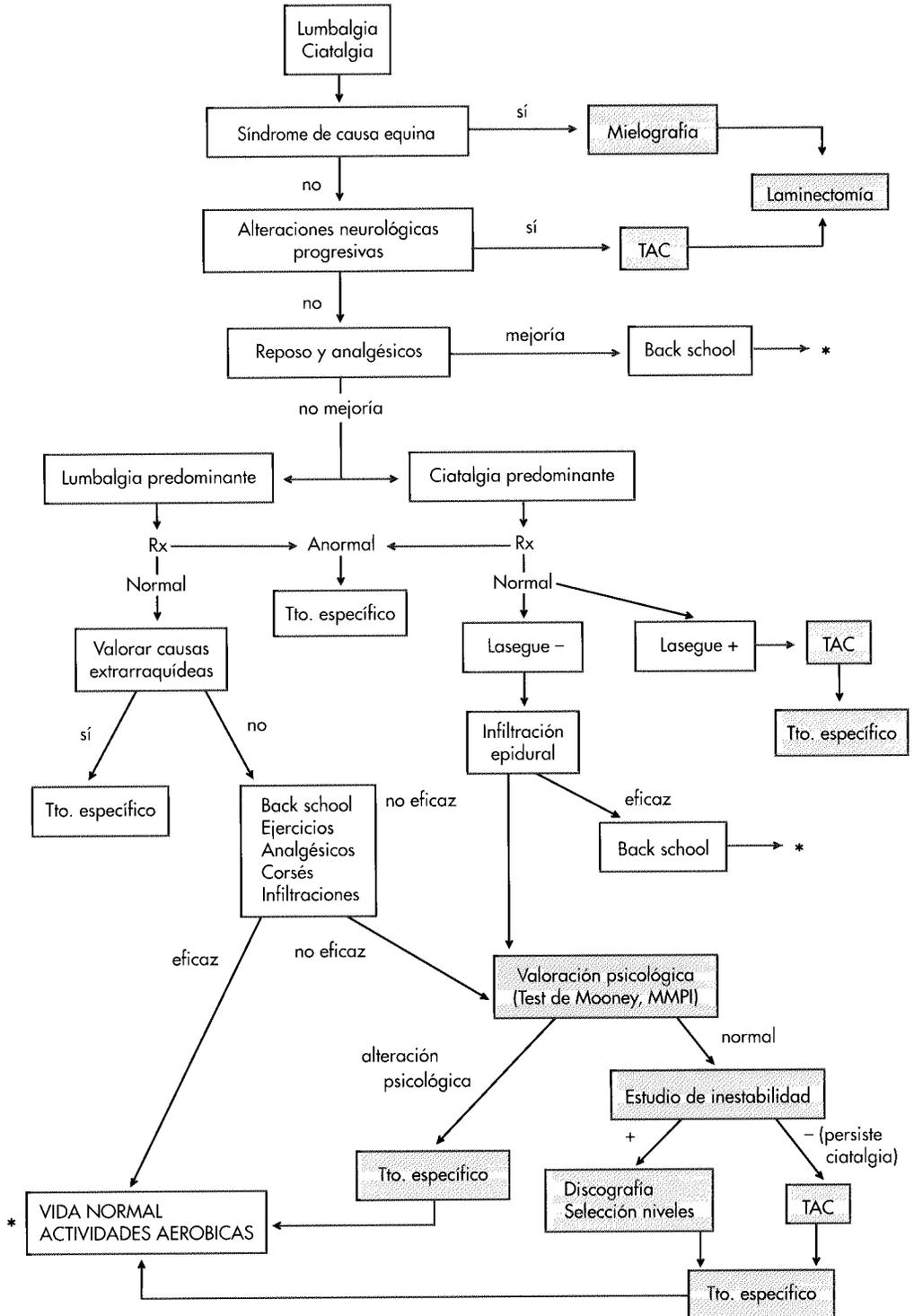
Dirigida a los casos de lumbalgias crónicas, para prevenir reagudizaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Las investigaciones clínicas han demostrado que el tratamiento conservador puede conseguir resultados muy favorables, mediante la combinación de un programa multimodal de control del dolor, consistente en el control conductual del mismo, la modificación de la conducta cognitiva y la orientación familiar, individual o de grupo. Todo lo anterior obliga a que el enfoque de un paciente con lumbalgia crónica sea multidisciplinario, incluyendo la rehabilitación física, la orientación psicológica y la terapia ocupacional.

Se ha comprobado que los programas multidisciplinarios de educación sobre el problema del dolor lumbar crónico y los programas de modificación del comportamiento, pueden hacer volver al trabajo entre un 40 y 80% de los enfermos, mientras que esta cifra es casi nula en los pacientes no tratados.

Así pues, la estrategia básica es prescribir un amplio programa de preparación física, haciendo hincapié en el ejercicio aeróbico regular que precise poco esfuerzo. A esto puede añadirse una guía nutricional para la reducción de peso y un programa educacional (o de "vuelta a la escuela") sobre adopción de posturas correctas y de atención a la propia mecánica corporal.

Este es el plan general de prevención puesto en marcha en otros países, con los resultados expuestos. Sin embargo, la realidad de nuestro medio es otra. Cabe esperar, y esa es nuestra intención, que el presente trabajo sirva, a la vez que para actualizar conocimientos sobre el tema de las lumbalgias, para concienciar a los diversos profesionales de la Sanidad en aras de promover las actividades necesarias encaminadas a la consecución del mejor diagnóstico y tratamiento de la lumbalgia en nuestro medio.

PLAN GENERAL DE ACTUACION FRENTE A UNA LUMBALGIA



BIBLIOGRAFIA

- ALMENAR ROIG, I. D.; SANCHEZ CUESTA P., et al. Estudio epidemiológico de la lumbalgia en la Comunidad Autónoma Vancenciana. *Atención Primaria*, V, 2, 73-80; 1988.
- BARCELO, P.; OBACH, J. Atlas de radiología reumatológica. IV, Ed. Doyma Barcelona; 1988.
- BERGENUDD, H.; NILSON B. Back Pain in Middle Age; Occupational work load and Phychologic factors; on epidemiologic Aurvey. *spine*, 13, 58-60; 1988.
- BIERING! SORENSEN F. A prospective study of low Back pain in a general population. I Ocurrence, recurrence and etiology. *Scond J Rehabil Med* 15: 71-79; 1983.
- BOACHIE-ADJEI OHENEBA. Tratamiento conservador de la lumbalgia. Evaluación de los métodos actuales. *Jano* 38, nº 889: 37-39; 1990.
- BORENSTEIN, D.G.; SANS, W y WIESEL, M.D. Dolor lumbar, diagnóstico y tratamiento. Ed. Ancora, I. 52-82, Philadelphia; 1989.
- BORRACHERO DEL CAMPO J. Dolor lumbosacro. *Reumatología práctica*. 7, 43-46; 1982.
- BREUDON, M. REILLY M.D. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria. *Dolor Lumbar*. 1, 1-67; 1988.
- CALERO SECALL E. et al. Diagnóstico radiológico de las enfermedades reumáticas. *Generalidades*. *Medicine*, 19, 815-825; 1988.
- CAPDEVILA CIRENA; SANZ MARIN, M.P. Resonancia magnética en el estudio del raquis. *Medicine*, 15, 53-59; 1988.
- CASTELLANO CUESTA J.A. y GOMEZ E.P. Un paciente con lumbalgia. *Medicina Integral*, 14, nº 9, 13-32; 1989.
- CASTILLO OJUGAS. Cómo diagnosticar en Reumatología. *Lumbalgias Ediciones CeA*; 1987.
- CHAVANNES, I.; GUBELS J. et al. Acute low back pain; patients' percptions of pain four weeks after imitial diagnosis end treatment in general practice. *J.R.C. of G. Practitioners*. 36, 271-273; 1986.
- COURD, J.G.; THORNE R.P. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad discal lumbar. *Hospital Practice*, 5, 41-49; 1990.
- DIAGNOSTICO DE SALUD DE CUZOÑA. INSALUD. Dirección Provincial de Cantabria: 69-112; 1988.
- DONOSO J. Et al. Diagnóstico radiológico de la patología vertebral. *Medicine*, 15, 53-59; 1988.
- FERNANDEZ BARREIRO, A. y CASTEJON VERA, B. Historia natural y exploración neurológica de los procesos medulares dorsolumbares. *Jano*, 419, 48-51; 1980.
- FERRER GARCIA, J.L. Costo social de los procesos reumáticos en la población laboral española. *Rev. Esp. Reumat*. 10, 49-50; 1983.
- FRYMOYER, J.W. Back Pain and Sciatica. *The New England Journal of Medicine*, 318, 291-300; 1988.
- FRYMOYER, J.W. et al. Epidemiologic studies of low-back pain. *spine*, 5, 419-423; 1980.
- FRYMOYER, J.W. et al. Risk factors in low-back pain, the *Journal of Bohe and joint surgery*. C.S.A. 213-18; 1983.
- FONT VILA et al. *Lumbalgias*. *Jano*, 4, nº 3; 1990.
- GANAY PEIRATS, A. Sistema músculo esquelético: la columna vertebral. La pelvis. En diagnóstico por imagen. *Compendio de radiología clínica*. Ed. Interamericana; 1987.
- GUITART ROCA, J. et al. Ciatalgia aguda. *medicina Integral*, 13, nº 3, 101-106; 1989.
- GRAYSON, M.F. Manipulación de los trastornos de la espalda. *British Medical Jornal*, (ed. española), II, 6, 96-97; 1987.
- GRAZIER, K.L. et al. The frecueny of ocurrence, impact, and cost of musculoskeletal condicions in the Unites States. *Chicago: American of Orthopedic Surgeons*, 1984.
- HERNANDEZ CONESA, S. Tratamientos conservadores en medicina ortopédica. *Jano*, 419, 71-74; 1980.
- KELSEY, J.L. et al. Muscoloskeletal Disorders: Their Frequency of ocurrence and their Impact the Population of the United States. *New York, Prodist*; 1978.
- KELSEY, J.L. et al. Acute Prolapsed lumbar intervertebral disc, im epidemiological Study with Special Referenceto Driving automobiles and cigarette smoking. *Spine*, 9, 608-13; 1984.
- LANIER, D.C.; STOCKTON, P. Clinical predictors of Outcome of Acute Episodes of low Back Pain. *J. of F. Practice*, 27, 5, 483-489; 1988.

- LOESSER, J.D. Concept of pain. Ed. chronic low back pain. Nueva York, Raven Press, 145-148; 1982. Stan-ton-Hicksw.
- MATTHEW, H. LIANG. Síndromes dolorosos del aparato locomotor. Temas actuales de Medicina General, 4, 747-757; 1988. Ed. Interamericana. McGraw - Hill.
- Memoria E.A.P., Parla. Informa col, 66-160; 1985.
- MESA DEL CASTILLO. Electroterapia en columna dorsolumbar. Jano, 410, 84-85; 1980. Ed. Doyma.
- MORGAN, F. P.; and KING T. Primary instability of lumbar vertebrare as a common cause of low back pain. The Journal of Bone and joint surgery. 39, 13; 1957.
- PAULINO TERAR, J. et al. Estudio general de la frecuencia de las enfermedades reumáticas en una población determinada con fines epidemiológicos. Rev. Esp. Reumatol. 9-1, 9-22; 1982.
- REUMATOS 80. Estudio sociológico sobre el reumatismo en España. Ed. resumida. Lab. Pfizer, 29-42; 1981.
- SANS VALETA, J. Dolor raquideo. Medicine, 25, 1037-1047; 1984.
- STODDARD, A. Fundamentos de la quiropraxia, manipulaciones de la columna vertebral. Ed. Jim. 1972.
- STODARD, A. Manual de técnicas de quiropraxia. Ed. Jim. 1972.
- WIESEL, S.; FERRER, H.L. Industrial Low-back pain. A prospective Evaluation of a Standardize e Diagnostic and treatment protocol. Spine. 9, 199-203; 1984.
- WILDER, D.G. et al. Vibration and the Human Spine. Spine 7, 293-354; 1982.
- OWEN, J. PH. et al. Survey of general practitioners' opinions on the role radiology in patients with low back pain. British Journal of g.P. Marzo, 98-101; 1990.
- HOEHLER, P.K. Psychological factor in treatment of back pain by spinal manipulation. Dr. J. Rheumatol 22, 206-12; 1983.
- KRAMER, J. Patología del disco; Etiología diagnóstico, prevención, tratamiento y valoración. BARCELONA. Ed. DOYMASA, 1989.

Ponencia:

BASES PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA DE ATENCION AL MEDIO EN A.P.S. DE LA REGION DE MURCIA

AUTOR:

José María López Lozano

Jefe del Servicio de Atención Primaria
Consejería de Sanidad. Murcia

INTRODUCCION

Marco teórico

El abordaje de la problemática medioambiental es para la A.P.S. la dimensión que le permite completar su visión integral del fenómeno salud-enfermedad.

Difícilmente se puede atender científicamente a un colectivo humano sin adoptar medidas tendentes a dos objetivos:

1. Eliminación de factores que están produciendo la enfermedad.
2. Fomento de elementos promotores de salud, de forma que el individuo se haga más "resistente a la enfermedad".

La visión epidemiológica de fenómeno salud-enfermedad, concluye que estamos ante un fenómeno continuo que va desde un estado de salud perfecto hasta un deterioro paulatino de ésta, que se concreta en patologías que finalmente conducen a la muerte. El paso entre los dos polos se acelera con la influencia de ciertos factores presentes en el ambiente actual o pasado del sujeto, que combinados de una determinada forma van a condicionar la aparición de distintos tipos de patologías que tienen en común la pérdida progresiva de salud.

Ante esta situación se imponen dos tipos de actitudes:

- a) atender al proceso mórbido una vez se ha producido éste.
- b) tratar de evitar que ocurra la enfermedad.

La 1ª actitud, ha tenido diversas etapas a lo largo de la Historia de la humanidad: desde la visión mágico-religiosa de la antigüedad hasta el más reciente desarrollo de las tecnologías sofisticadas capaces de curarlo todo o sustituir cualquier órgano dañado. La A.P.S., en este campo, pretende un abordaje temprano de la enfermedad al objeto de tratarla adecuadamente y evitar agravamientos o complicaciones innecesarias. Por ello se hace énfasis en un cambio en los modos de trabajo del primer nivel partiendo de la base de que una actitud cuidadosa, metódica y con base científica va a permitir a través de un aumento de la calidad asistencial que se consiga el fin buscado de la detección y tratamiento tempranos y adecuados de la enfermedad. Por tanto, se puede afirmar que la A.P.S. es un avance por cuanto tiene 2 ventajas respecto al modelo tecnificado hospitalocentrista:

- mayor eficiencia del sistema.
- ahorro de sufrimientos para el sujeto.

La 2ª actitud, evitar la enfermedad, no se contrapone a la otra, sino que debe ser complementaria.

Tradicionalmente esta actitud ha ido por caminos paralelos a la asistencia sanitaria, siendo este fenómeno particularmente evidente en nuestro país, en que incluso han coexistido 2 redes paralelas sin coordinación ni coincidencias.

Parece evidente que los intentos de evitar la enfermedad suponen una visión más científica del fenómeno, sin embargo la tecnología disponible, el conocimiento de los

mecanismos de actuación de los factores o los mecanismos administrativos de actuación no llegan al nivel suficiente.

La A.P.S. supone la conjunción de las 2 actitudes en una misma organización, y tiene la ventaja respecto a la estrategia dicotómica (asistencia versus prevención) de la unificación de la actuación sobre el mismo colectivo y por los mismo profesionales.

Evitar la enfermedad supone evitar que los factores causales actúen sobre el sujeto. Esto se consigue con dos tipos de acciones:

- suprimiendo los factores.
- "fortaleciendo" al sujeto haciendole más invulnerable a su actuación.

La supresión de los factores en el objeto de la Sanidad Ambiental clásica, mientras que el "fortalecimiento" del sujeto era el objeto de la antigua Medicina Preventiva.

Recientemente ha aparecido un concepto globalizador que supone un avance en cuanto que pretende ser un acercamiento más científico al Problema Salud-Enfermedad. Se trata de Promoción de la Salud. En 1986, en Ottawa en el curso de una conferencia sobre el tema se elaboró lo que se conoce como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En este documento se define Promoción de la Salud: "como el proceso que permite a la población incrementar los medios de control sobre su propia salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, tanto un individuo como un grupo, deben ser capaces de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer sus necesidades y adaptarse al medio ambiente. De esta forma, la salud es percibida como un recurso de la vida cotidiana y no como el objetivo de vivir; se trata de un concepto que enfatiza positivamente el valor de los recursos sociales e individuales, así como las capacidades físicas. Así pues, la Promoción de la Salud no es tan solo responsabilidad del sector sanitario, sino que, implica estilos de vida saludable. Más adelante en el mismo documento se dice:

"El sector sanitario sólo, no podría ofrecer las condiciones fundamentales para crear estas perspectivas favorables a la salud. Es aún más importante el hecho de que la Promoción de la Salud exige la acción coordinada de todos los que están involucrados: gobiernos, sector sanitario y otros sectores sociales y económicos, entidades no gubernamentales y organizaciones voluntarias, autoridades locales, la industria y los medios de difusión. Gente de todas clases están involucradas, bien sean individuos, familias o comunidades. Los grupos sociales profesionales, así como **el personal sanitario son particularmente responsables de la mediación, entre los intereses divergentes, en favor de la salud.**

Los programas y estrategias de promoción de salud deben adaptarse a las necesidades y posibilidades locales de los países y regiones, siempre teniendo en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos".

Entre las estrategias para la Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa propone las siguientes:

1. Construir una política pública saludable.

2. Crear un Medio Ambiente favorable.
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar las aptitudes personales.
5. Reorientar a los Servicios Sanitarios.

Los puntos 2) y 5) se transcriben a continuación:

"2) Crear un Medio Ambiente favorable.

Nuestras Sociedades son complejas e interrelacionadas. Por ello no se puede separar a la salud del resto de los objetivos.

Los vínculos inextricables entre la gente y su entorno constituyen la base idónea para una aproximación socio-ecológica de la salud. El gran principio director para el mundo, naciones, regiones y comunidades es la necesidad de reforzar la comunicación y el apoyo mutuo, o sea, velar los unos por los otros, por nuestras comunidades y por nuestro entorno natural. La conservación de los recursos naturales en el mundo debe ser considerada como una responsabilidad obligatoria global.

La evolución de los esquemas de vida, de trabajo y de ocio tiene un gran impacto en la salud. Trabajo y ocio deben ser una fuente de salud para la población. La manera en que la sociedad organiza el trabajo puede ayudar a crear una sociedad sana. La Promoción de la Salud engendra condiciones de vida y de trabajo seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.

La evaluación sistemática de los efectos de un medio ambiente en cambio rápido sobre la salud –y sobre todo en áreas como la tecnología, trabajo, energía, producción y urbanismo– es indispensable y debe ser seguida por una acción que garantice los efectos positivos de la Salud Pública. La protección de los entornos de la naturaleza deben recibir una atención preferente en cualquier estrategia de la Promoción de la Salud.

5) Reorientar los Servicios Sanitarios.

La responsabilidad de la Promoción de la Salud es compartida por particulares, grupos comunitarios, profesionales de la salud, instituciones asistenciales sanitarias y gobiernos. Todos juntos deben contribuir a la creación de un sistema de servicios asistenciales que sirva a los intereses de la salud.

El papel del sector sanitario debe avanzar cada vez más en el sentido de promover la salud, tendiendo su responsabilidad más allá de la mera prestación de servicios clínicos y asistenciales. La función de los servicios sanitarios debe abarcar un campo muy extenso, en el que son imprescindibles la sensibilidad y el respeto hacia las distintas necesidades. Entre sus cometidos, debería contarse la defensa de una política sanitaria multisectorial que respalde a individuos y comunidades en el expresión de sus necesidades para adoptar modos de vida sanos, así como la apertura de nuevas vías de comunicación entre el sector sanitario y componentes ambientales, sociales, políticos, económicos y físicos de ámbito más amplio.

La reorientación de los servicios sanitarios requiere también una mayor atención en

la investigación sanitaria, así como cambios en la educación y en la práctica profesional. Todo ello debe conducir a un cambio de actitud en la organización en el seno de los servicios sanitarios, reorientados a las necesidades del individuo como una persona total".

La reorientación pues, debe ir encaminada a la profundización del Modelo de Atención Primaria, como filosofía que impregna a todos los niveles de atención y con sus implicaciones a nivel de políticas sanitarias, organización administrativa de los servicios y modificación de actitudes, conocimientos y destrezas de los profesionales.

El marco conceptual de Promoción de la Salud nos indica el camino a seguir para el diseño de un Programa de Atención al Medio en A.P.S., particularmente cuando se dice: "... así como el personal sanitario son particularmente responsables de la mediación entre los intereses divergentes, en favor de la salud".

Esta función de mediación junto a la más técnica de interpretación y análisis de la realidad para que los responsables de la acción (los que detentan el poder de cambiar las cosas) puedan actuar adecuadamente, es posible en nuestro país, ahora y con el marco legal y organizativo con que se cuenta.

Marco Legal

La promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) y la Ley de Régimen Local (1985) configuran un modelo competencial y organizativo que supone un verdadero cambio en la Sanidad Española cuyas líneas generales se remontan a la Ley Orgánica de Sanidad de 1885, pasando por la Instrucción General de Sanidad de 1904, la Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 1934 y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944. Hasta este momento básicamente el Estado se ocupaba de evitar las enfermedades y no se ocupaba de restituir la salud alterada, que encargaba, o bien, a los agentes del mercado, o bien a los propios trabajadores y empresarios a través de un sistema de Seguridad Social basado en que sólo se atiende al que paga, al que cotiza.

La asunción plena del cuidado de la salud como un derecho, en todas sus vertientes, por el Estado a partir de la Constitución y la L.G.S., obliga a un cambio organizativo que por racionalidad en la gestión desemboca en un sistema único e integral: el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud se configura como el conjunto de Servicios de Salud de las C.C.A.A. los cuales son el eje de la organización sanitaria española.

Los Servicios Regionales de Salud (S.R.S.) estarán formados, en el momento de sus constitución plena, por todos los dispositivos asistenciales y de Salud Pública que hasta ese momento pertenecían a otras Administraciones Públicas, Seguridad Social, Administración del Estado, Corporaciones Locales (Ayuntamientos y Diputaciones), etc.

Pero el gran cambio se produce en la estructura de Salud Pública, que pasa de girar alrededor del Ayuntamiento, a ser competencia de la Administración Regional (S.R.S.).

No obstante lo anterior, en el Marco de los Planes y Programas que desarrolle el Servicio Regional de Salud, la L.G.S. recuerda la obligación de los Ayuntamientos de contribuir en el control de una serie de factores medioambientales que tienen relación con la Salud, al ser estos la Administración encargada de la prestación de una serie de servicios relacionados con la Higiene del Medio: Urbanismo, control de actividades, abastecimientos, control de residuos y molestias, etc.

Marco Competencial y Organizativo

En las Areas de Salud deben desarrollarse dos tipos de estructuras que definen el modelo organizativo:

- a nivel de Zona: el E.A.P.
- a nivel de Area: el nivel especializado.

Dentro del nivel de Area el nivel especializado, o 2º nivel, es aquél que:

- Sirve de apoyo al nivel primario.
- Ejecuta tareas especializadas que requieren medios no disponibles en el nivel primario.

En materia de asistencia al enfermo, en el 2º nivel formarán parte del dispositivo de Area los Hospitales y Centros de Especialidades Clínicas, por similitud, en cuestiones de Salud Comunitaria en este nivel existirán los recursos humanos y materiales precisos para apoyar al primer nivel, atender los asuntos que requieran especialización y ocuparse de aquéllos temas que, por la propia esencia de la Salud Comunitaria, pudieran escapar del ámbito territorial de la Zona de Salud.

A diferencia del 2º nivel, en la Zona de Salud sólo hay una entidad que debe atender toda la problemática del proceso salud-enfermedad: el E.A.P. el cual debe incluir entre sus tareas cotidianas las actividades de Sanidad Ambiental, que como se decía más arriba, completarían el aspecto integral del concepto de A.P.S.

Las Areas se configuran como entes con órganos propios de Gobierno que deben tender a ser capaces de ser autosuficientes en la prestación de la mayoría de los cuidados que necesitan los ciudadanos que en su ámbito territorial residen, incluso en tareas de Higiene Ambiental. Se regirán por órganos de Gobierno y Participación tales como el Consejo de Salud del Area y el Consejo de Dirección del Area.

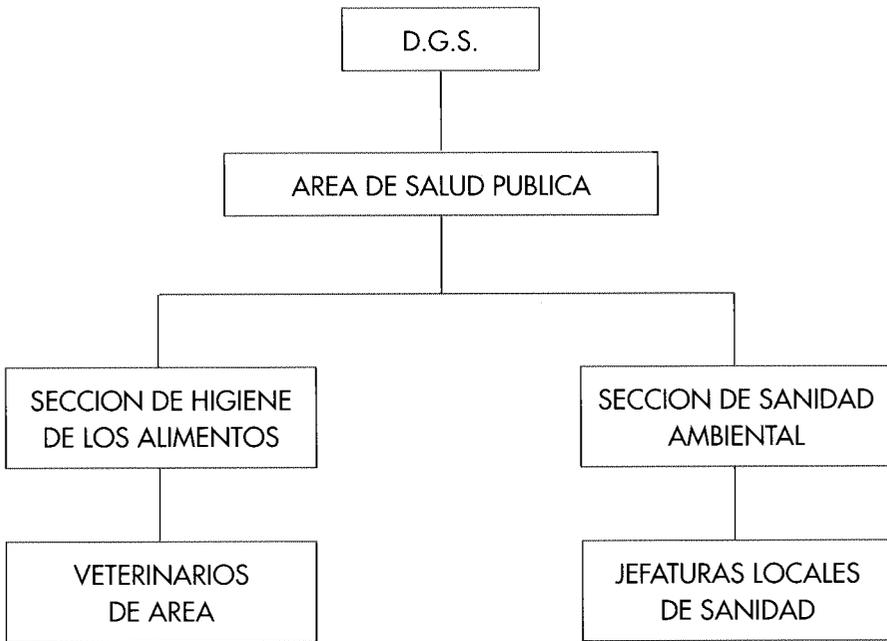
Situación en Murcia y determinación de prioridades

La Consejería de Sanidad de Murcia a través de su D.G.S. lleva a cabo en este momento una serie de actividades programadas que tratan de mejorar la calidad medioambiental en los aspectos relacionados con la salud:

- Control de aguas de baño.
- Control de piscinas.
- Control de aguas potables de uso colectivo.
- Control de aguas residuales.
- Control de residuos sólidos.

- Control por el sistema de puntos críticos de:
 - Mataderos y Salas de despiece.
 - Carne y productos cárnicos.
 - Productos de la Pesca.
 - Conservas vegetales.
 - Comedores colectivos.
 - Minoristas de Alimentación.
 - Grandes superficies.
- Manipuladores de Alimentos.
- Zoonosis.
- Laboratorio de Salud Pública.
- etc.

Estas actividades se desarrollan con el soporte de la propia estructura de la D.G.S. que es la siguiente (en lo que se refiere a temas de Higiene del Medio):



En 1989, desde la Dirección General de Salud se efectuó una "Encuesta sobre Sanidad Ambiental en la C.A. de la Región de Murcia" que estudiaba la situación y características en nuestra Región de los siguientes aspectos sanitarios ambientales:

- Aguas de Abastecimiento.
- Aguas Residuales.
- Residuos Sólidos.

- Control higiénico de Alimentos.
- Zoonosis.

Dicha encuesta se pasó en todos los Municipios de la Región y constituye un instrumento valiosísimo para la Programación de actividades.

Para completar el conocimiento de la situación en la Región sería conveniente:

- a) repetir la encuesta en 1991, para actualizar los datos y estudiar la evolución.
- b) ampliar la encuesta a temas no tratados en 1989 como pueden ser:
 - ruidos y vibraciones.
 - pesticidas.
 - actividades clasificadas.
 - actividades no clasificadas.
 - alojamientos turísticos.
 - aguas de baño.
 - medio social.
 - ocio.
 - salud laboral.
 - aire.

La definición de prioridades debe estar en función de tres parámetros:

- a) conocimiento de la realidad (encuesta).
- b) actividades actualmente desarrolladas (por los servicios de la D.G. de Salud, fundamentalmente).
- c) demandas y necesidades sentidas por los Ayuntamientos y los ciudadanos.
- d) demandas y necesidades sentidas por los E.A.P.

El punto a) ya ha sido comentado. El punto b) supone reflexionar sobre las actividades del Area de Salud Pública de la D.G. de Salud y tratar de incorporarlas al Programa Marco que nos ocupa. Las demandas y necesidades municipales deben ser estudiadas por los mecanismos de diálogo adecuados.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA ACTUAL

Nivel de Zona

En la Región de Murcia en este momento (en cuanto a estructura organizativa de la A.P.) coexisten tres tipos de situaciones:

A: Zonas de Salud totalmente cubiertas por E.A.P.

B: Zonas en que coexisten el E.A.P. con personal del modelo tradicional.

C: Zonas en que todavía no se han efectuado acciones tendentes a implantar el nuevo modelo.

Nivel de Area

En este momento se están desarrollando los Centros de Area de Salud de Cartagena y Lorca, como órganos de 2º nivel descentralizados, que todavía no cuentan con la autonomía de gestión a que se llegará cuando se desarrolle totalmente el modelo (Organos de Dirección de Area) que prevee la L.G.S. y la Ley del Servicio Regional de Salud.

Perfil del personal

Las tareas de Higiene del Medio corresponden a las habilidades que tradicionalmente han sido asignadas a diversos tipos de profesionales:

1. Farmacéuticos, que se ocupaban de los problemas de aguas, ciertos locales, ciertas actividades e industrias, etc...
2. Veterinarios, que se ocupaban de la higiene de los alimentos y las zoonosis.
3. Médicos y Enfermos, que se ocupaban de otras actividades, viviendas, control epidemiológico de enfermedades y brotes, etc...

No obstante lo anterior cada día más se tiende al trabajo en común, de acuerdo con la filosofía integrada de A.P.S.

Como se puede ver el trabajo en Higiene del Medio es un trabajo multidisciplinar, en su nivel operativo, y que precisa de la existencia de todos los profesionales que se citan más arriba:

- en número suficiente, y
- con el nivel de formación adecuado, y adaptado a las condiciones de trabajo en Atención Primaria de Salud.

Los diversos Cuerpos de Sanitarios Locales se encuentran en pleno proceso de adaptación al nuevo marco legal:

Médicos y Practicantes Titulares

En la ley de Presupuestos Regionales para 1990 se produjo su incorporación a la Administración Regional en los Cuerpos Facultativos de Médicos Titulares y Técnico de Diplomados Titulares de Enfermería. En el Decreto Regional 93/89 de 17 de noviembre, se regulaba la incorporación de Médicos y Practicantes Titulares en los E.A.P. Por otro lado, en el Decreto Regional 53/89 de 1 de junio por el que se aprobaba el Reglamento General de los E.A.P., se encomendaba al Equipo y en particular al Coordinador el desarrollo de una serie de tareas relacionadas con la Higiene del Medio.

Veterinarios

Por medio del Decreto Regional 35/90, de 7 de junio, se produjo la incorporación de los Veterinarios Titulares al Cuerpo Superio Facultativo.

Farmacéuticos

Este es un Cuerpo cuya reestructuración está en fase de discusión y actualmente sus funciones y tareas continúan siendo las tradicionales.

Así pues, en este momento, los profesionales llamados a ejercer las actividades del Programa de Higiene del Medio en AP se encuentran en la siguiente situación:

- Médicos y ATS/DUE: ubicado a nivel de Zona.
- Veterinarios: ubicados a nivel de Area, y sin mecanismos de contacto con el E.A.P. de cada Zona.
- Farmacéuticos: continuando totalmente con el modelo tradicional.

Necesidad de Desarrollo Legislativo

Como se veía más arriba, nos encontramos con una estructura organizativa en pleno proceso de expansión y cambio. Esta situación precisa a mi juicio de la promulgación de una serie de normas que clarifiquen la situación y despejen las incógnitas que ahora se presentan.

Sanitarios Locales:

La regulación de las funciones de estos funcionarios data de 1953 (Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales), en que se reordenan una serie de tareas y obligaciones que anteriormente aparecían en diversos textos y normas legales. La creación de E.A.P. como una organización unitaria y única en el primer nivel hace que necesariamente tenga que recoger el testigo de los Sanitarios Titulares y hacerse cargo de las antiguas funciones de éstos; es preciso, pues, dictar una norma que regule el ejercicio de las funciones de Higiene del Medio por el personal de los E.A.P. y que adapte todo el cuerpo jurídico a la nueva situación.

En nuestra Región, el Reglamento General de los E.A.P. , aprobado por Decreto Regional de 1-6-89, ya prevee que entre las funciones de los Equipos está (Art. 5).

- "La atención directa al Medio Ambiente como ámbito en el que se desenvuelven las personas".

Y más adelante específica:

"Entre las funciones de atención directa del E.A.P. se incluye:

- desempeñar en su zona de influencia la vigilancia sanitaria del medio; inspección de locales, de viviendas y establecimientos públicos, control sanitario de aguas y alimentos".

Y al asignar al Coordinar la Jefatura del Personal del Equipo y más en concreto:

- "Ostentar la responsabilidad técnico-sanitaria e inspectora en la Zona de Salud en representación del Equipo".

avanza en la adaptación legal de la situación al nuevo modelo, no obstante lo anterior siguen existiendo lagunas legales como las siguientes:

- En un E.A.P., en el que están integrados los Médicos y Practicantes Titulares de la Zona, incluido el Jefe Local de Sanidad: ¿quién ostenta la máxima responsabilidad sanitaria.

- ¿Puede un sanitario estatutario efectuar inspecciones y levantar actas?

– ¿Quién debe efectuar los informes Técnicos que precisan los Ayuntamientos para su actividad diaria, por ejemplo para la apertura de establecimientos?

En principio, parece obvio que todas estas funciones las deba realizar el personal del Area, ya sea el del nivel especializado o el del E.A.P. que corresponda, pero para ello es necesario una norma legal que lo regule y ordene la vigencia de diversas disposiciones que contradicen el espíritu del Reglamento General antes comentado (Por ejemplo algunas normas vigentes que atribuyen a cuerpos o figuras específicas el ejercicio de ciertas funciones: informes preceptivos del jefe Local de Sanidad para apertura de locales, etc...). Por otro lado sería necesaria la legislación sobre las siguientes materias:

– Integración en la Administración Regional, y definición de funciones de los actuales Farmacéuticos Titulares.

– Definición de las funciones de los Médicos y ATS Titulares (o al menos, declaración de que sus funciones no difieren de las del resto del equipo).

– Delimitación o reparto de las tareas a desarrollar por médicos, enfermería, Farmacéuticos y veterinarios.

– Resolución de la contradicción que supone la coexistencia de las figuras del Jefe Local de Sanidad y el Coordinador del Equipo.

Esquema organizativo propuesto.

En cualquier organización se pueden distinguir 4 niveles:

– *Nivel de Gobierno:* es el que decide, su función es la planificación estratégica:

Qué hacer.

– *Nivel de Dirección:* es la cúpula técnica de la organización, su función es la planificación táctica: **Como hacer** (lo que decidió el Nivel Político).

– *Nivel de Gestión:* es el encargado de la supervisión en la ejecución de uno o más programas concretos: **Hacer, hacer.**

– *Nivel Operativo:* es la base de la organización, su misión es la ejecución de las actividades: **Hacer.**

En la organización del Area propuesta por la Ley General de Sanidad estos niveles corresponden a los siguientes órganos (en lo que se refiere a APS):

– *Nivel de Gobierno:* – Consejo de Salud de Area.

– Consejo de Dirección de Area.

– *Nivel de Dirección:* – Gerente del Area.

– Dirección de Atención Primaria.

– *Nivel de Gestión:* – Coordinador de Equipo de Atención Primaria.

– *Nivel Operativo:* – Personal del Equipo de Atención Primaria.

En el nivel de Dirección (Area) se sitúa un dispositivo especializado que es el órgano técnico para la Programación y Dirección de las tareas de Higiene del Medio que se ejecutan desde los E.A.P.

El que, en buena lógica administrativa, se asigne a los niveles correspondientes al E.A.P. (Coordinador y personal) las funciones de supervisión y ejecución, respectivamente, no implica que éste se convierta en un nuevo cumplidor de lo que se decide arriba. Esta división de funciones corresponde a toda la organización vista en su conjunto; en el E.A.P. visto como una unidad, también se pueden distinguir niveles organizativos; en el ámbito territorial de la zona y para el ejercicio de sus competencias:

– *Nivel de Dirección*: El Coordinador: le corresponde la función de Planificación Táctica o programación de las actividades del Centro.

– *Nivel de Gestión*: Serían los responsables de Programas concretos y cuya función es la supervisión de la ejecución de los mismos.

– *Nivel Operativo*: Corresponde al resto de equipo, y son los encargados de la ejecución de las tareas.

Otras cuestión es el funcionamiento de la estructura, que en el caso de los E.A.P., debe ser eminentemente participativa, para asegurar el cumplimiento de los fines perseguidos.

El tipo de relaciones que se daban establecer entre la Organización Sanitaria (Area y E.A.P.) y el Ayuntamiento tiene 2 características:

– El Ayuntamiento pide al Area informes o asesoramiento sobre problemas medio ambientales que le interesa.

– El Area y el E.A.P. en el curso de la ejecución de sus programas trasladan al Ayuntamiento la recomendación o demanda para la solución de problemas medio ambientales detectados y que tienen relación con la salud.

La misión del Equipo de Atención Primaria es la ejecución de tareas de diagnóstico medio ambiental, la inspección de lugares y actividades, el informe a demanda de la Administración del Area, y otra actividad mucho más compleja como es el análisis epidemiológico medio ambiental. Este tipo de análisis se refiere a la detección de las causas de la aparición de las patologías que se observan. El resultado de éste análisis debe ser el traslado de la recomendación al Ayuntamiento, o la Administración que corresponda, de que se arbitren los medios para suprimir esos factores causales detectados.

Para el ejercicio de estas funciones el Equipo de Atención Primaria precisará en ciertos casos, del apoyo técnico del dispositivo de Salud Comunitaria del Area en que se encuentra, dada la complejidad que alcanzan algunos de los temas a tratar.

El Programa Marco de Atención al Medio en APS para la Región de Murcia.

La puesta en marcha del Programa en Murcia y en coherencia con todo lo apuntado más arriba precisaría de dos tipos de actuaciones: unas (1) tendentes a crear el marco adecuado (a, b, c, d) y otras (2) de aplicación inmediata que podrían implementarse ya (e, f, g):

1. Medidas tendentes a crear el marco adecuado

a) Diagnóstico de la situación:

Ampliando la encuesta de 1989 a los sectores que se mencionaban. Por otro lado en cada Zona habría que completar estos datos con el Diagnóstico Medio Ambiental de la Zona, tarea que debería desarrollar el propio E.A.P. No obstante lo anterior, existen datos suficientes que permiten conocer adecuadamente varias parcelas de la problemática medio-ambiental y que pueden permitir un desarrollo por fases del Programa.

b) Determinación de prioridades:

Teniendo en cuenta los parámetros a que se aludía más arriba.

c) Desarrollo Legislativo:

Adaptando la organización actual al nuevo Modelo definiendo:

- la situación de los Farmacéuticos.
- las funciones de los Médicos y ATS titulares.
- la estructura organizativa (¿quién es el nuevo Jefe Local de Sanidad?).
- las relaciones con los Ayuntamientos.

d) Puesta en marcha del 2º Nivel:

En este momento solo existen 2 Centros Comarcales (que son el germen del futuro Centro de Salud Comunitaria del Area) en Cartagena y Lorca, sería preciso poner en marcha un Centro de este tipo en cada Area de Salud, definiendo previamente su estructura y recursos.

2. Medidas de aplicación inmediata

e) Diseño de los subprogramas.

Algunos en base al conocimiento actual y otros en función de la ampliación de la encuesta.

f) Formación del Personal.

Es preciso la puesta en marcha de un programa de formación del Personal de APS, particularmente Médicos y ATS, en tareas de Sanidad Ambiental:

- Técnicas de evaluación medio ambiental.
- Técnicas de inspección.
- Derecho administrativo.
- Epidemiología Medio Ambiental.
- Riesgos concretos relacionados con:
 - Aire.
 - Agua.
 - Residuos.
 - Pesticidas.
 - Ruidos.
 - Zoonosis.

- Locales Públicos.
- Etc.

g) Plan Piloto:

Sería conveniente el ensayo en un Area de Salud, y dentro de ésta en 2 ó 3 E.A.P., de lo que se prevea en el Programa al objeto de valorar su validez.

Aparte de todo lo anterior conviene recordar dos características que debe reunir el Programa Marco:

1) Educación Sanitaria:

Las actividades de Educación Sanitaria son fundamentales en el abordaje de la problemática medio ambiental, por ello deben preverse en el Programa Marco.

2) Participación Comunitaria:

El fomento de las actividades de Participación Comunitaria y la implicación de la Comunidad en la solución de sus problemas, puede ser la garantía de éxito en un terreno en el que el deterioro medio ambiental, a veces, es consecuencia de intereses poderosos y a menudo contrapuestos al interés general.

BIBLIOGRAFIA Y LEGISLACION

- O.M.S. (1984). Evaluación rápida de fuentes de contaminación del aire, el agua y el suelo. WHO Offset Publication 62.
- Gobierno de Navarra (1987). Atención Primaria de Salud. Colección Textos Legales nº 3.
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº 102, de 29-4-1986).
- Ley 7/85 de 2 de abril de 1985, de Bases del Régimen Local (BOE nº 80 de 3 de abril de 1985).
- López Lozano, J.M.; La Sanidad Local: Situación Actual y Perspectivas de Futuro. 1990. Mimeo-grafiado.
- García Cabañero, C.; España Saludable. Red Española de Ciudades. 1990.
- López Lozano, J.M. y otros; Entornos Saludables (Reto para los 90). Red Española de Ciudades Saludables. 1990.
- Gobierno de Navarra. Programa Marco de Atención al Medio en A.P.S. 1988.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del Programa de Atención al Medio en A.P.S. Colección Atención Primaria de Salud nº 8.
- O.M.S. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.
- O.M.S. Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud. 1978.
- O.M.S. Salud para todos en el año 2000. XXX Conferencia Mundial de la Salud. 1977.
- Decretos Regionales:
 - 35/90 de 7 de junio.
 - 53/89 de 1 de junio.
 - 93/88 de 17 de noviembre.
- Ley de Presupuestos de 1990.

COMUNICACIONES

Comunicaciones a la ponencia

"ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD"

Lugar: CAM. 22-2-91

- 13'00 h. Los Consejos de Salud de Santa María de Gracia y La Ñora: Balance de un año de funcionamiento (1989-90).
- 13'10 h. Conocer los hábitos higiénicos de los escolares: Una actividad de los Consejos de Salud de La Ñora y Santa María de Gracia.
- 13'20 h. La Educación Sanitaria de Adultos: Una actividad del Consejo de Salud de La Ñora.
- 13'30 h. Experiencia de Educación para la Salud en un grupo de adultos, alumnos de graduado escolar del municipio de La Unión.
- 13'40 h. Análisis de una encuesta de opinión sobre actividades de Educación Sanitaria en una comunidad.
- 13'50 h. Evaluación de las primeras jornadas de Educación Sanitaria de Los Alcázares.
- 14'00 h. Discusión hasta las 14'30 h.

Los consejos de salud de Santa María de Gracia y de La Ñora: balance de un año de funcionamiento (1989-90).

Atención Primaria / Participación comunitaria / Educación sanitaria.

Barceló Aparicio, M.L.; Martínez Reche, E.; Sánchez Moreno, A.; Maset Campos, P.; Sánchez Esteve, V.; Cánovas Valverde, J.

Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Sociosanitarias
Campus de Espinardo. Facultad de Medicina. Historia de la Medicina. Telf. 83 30 00 -
Ext. 2.565

Resumen

Se analiza la experiencia de la creación y desarrollo de los Consejos de Salud de las zonas de Santa María de Gracia y de La Ñora, a lo largo de más de un año de existencia (1989-90), como órganos para la Participación Comunitaria. Se trata de un diseño de Investigación Participativa, que ha supuesto la transformación de la realidad existente, y que, en el proceso ha sido fuente de conocimiento. Se procede al Análisis de Contenido de las Actas de las sesiones, con el fin de dar una visión objetiva, sistemática y cuantitativa de lo acaecido, identificando en las mismas 22 variables, procediendo a su agrupamiento y cruce. En Santa María de Gracia se han desarrollado 10 sesiones, con una media de asistencias de 14 personas. En La Ñora han sido 8 sesiones, con unas 23 personas por sesión. Todos son convocados a los Consejos, la gran mayoría asiste, los ciudadanos y profesionales hablan y expresan sus opiniones, existe ambiente democrático y búsqueda de acuerdos, se fijan objetivos, se asume la resolución de problemas de salud, y una mayoría son resueltos utilizando solamente como instrumento la participación. Y todo ello es estable en el tiempo.

Conocer los hábitos higiénicos de los escolares: una actividad de los Consejos de Salud de La Ñora y de Santa María de Gracia (1990).

Atención Primaria / Participación comunitaria / Educación sanitaria.

Sánchez Moreno, A.; Barco Fernández, V.; Castillo Vicente, P.; Sánchez Estévez, V.; Cánovas Valverde, J.; Marset Campos, P.

Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Sociosanitarias
Historia de la Medicina. Facultad Medicina. Campus Espinardo. Telf. 83 30 00
Ext. 2.565.

Resumen

A partir de una iniciativa de los Consejos de Salud de Santa María de Gracia y de La Ñora se estudian los hábitos higiénicos de los escolares de su zona de influencia, para poder desarrollar posteriormente, con eficacia, una intervención de Educación Sanitaria, al tiempo que se reconozca a la comunidad como la principal protagonista del proceso salud-enfermedad, abandonando conductas pasivas al respecto. Con una metodología participativa se diseña un cuestionario que es contestado por 1.182 alumnos, procedentes de ambas zonas, de los cursos 2º, 5º y 7º de E.G.B., 2º de B.U.P. y 2º de F.P., con un total de 13 Centros Educativos. Los resultados se refieren a higiene dental, limpieza corporal, práctica de deporte, conducta viaria, contacto con tabaco y bebida y relación social. Existen defectos susceptibles de mejora prácticamente en todos los hábitos higiénicos: la limpieza dental dos o tres veces al día no es mayoritaria, ni el lavarse siempre las manos después de ir a los servicios o antes de comer, o en edades tempranas, ducharse o lavarse el pelo más de una vez a la semana. Los más mayores hacen poco deporte. Es necesario respetar más las normas de tráfico y prestar atención al contacto con tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas. Se concluye también que existen diferencias significativas, en algunos hábitos, entre chicos y chicas, zona rural y urbana y entre los alumnos de edades más tempranas frente a los más mayores. La dinámica participativa en el conocimiento de estas conductas, constituye un motivo para la Participación Comunitaria en Salud, desarrollando amplias actividades al respecto.

La educación sanitaria de adultos: una actividad del Consejo de Salud de La Ñora.

Atención Primaria / Participación Comunitaria / Educación Sanitaria.

Sánchez Moreno, A.; Ballesta Cervantes, C.; Hernández García, A.; Hellín Gómez, E.; Ramos García, E. y Sánchez Estevez, V.

Facultad de Medicina. Departamento de Ciencias Sociosanitarias
Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Campus de Espinardo. Telf. 83 30 00 -
Ext. 2.565

Resumen

Esta investigación demuestra la posibilidad de establecer contactos estables entre los EAP y colectivos ciudadanos, para tareas de Promoción de Salud, analizando la experiencia de Educación de Adultos, desarrollada en el Centro de Salud de La Ñora, a iniciativa de su Consejo de Salud. Se utiliza una metodología participativa, con un diseño anterior-posterior, así como un cuestionario para determinar la opinión, de los profesionales de la salud y de la educación, sobre el trabajo realizado. El resultado ha sido la cooperación, a lo largo de un año académico, entre ambos colectivos, a través de 25 reuniones, alcanzando a 9 pedanías y a 136 alumnos, en su mayoría mujeres, amas de casa, con una edad media de 46.6 años. Todos los implicados han tenido una valoración positiva, y proponen nuevas actividades en el futuro. Es importante el que haya sido fruto de un programa de Participación Comunitaria, y que el punto de referencia sea el Centro de Salud.

Experiencia de educación para la salud en un grupo de adultos, alumnos de graduado escolar, del municipio de La Unión.

Educación para la salud / Comunidad / Adultos.

García Reverte, Antonia M^a.; García Ruiz, Roque Damián; Manresa Quesada, María; Palacios López, M^a Teresa; Pelegrín Calero, Juan José.

Centro de Salud de La Unión.
C/. Cristo de los Mineros, s/n. 30360 La Unión.

Resumen

Se trata de una experiencia de Educación para la Salud en un grupo de adultos surgida ante la demanda del profesorado de Graduado Escolar. Era la primera iniciativa, para nosotros, en Salud Comunitaria. Nos marcamos como objetivos fundamentales: Aumentar nuestra formación en Educación para la Salud, trabajo en equipo y relación con la comunidad; aumentar el nivel de conocimientos en salud de la población y mejorar los hábitos de comportamiento en salud.

Fue llevado a cabo por personal del centro de EAP de forma voluntaria y en horario no laboral. Se elaboró un temario en consonancia con los deseos y objetivos del alumnado, realizándose dos evaluaciones de conocimientos y hábitos de comportamiento, y una de satisfacción.

El grupo de alumnos era heterogéneo en cuanto a la edad y nivel de instrucción, predominando el sexo femenino, y acudiendo una media de 25 personas.

Entre los resultados destacamos un elevado nivel de participación y diálogo por parte de los educandos. De las evaluaciones realizadas se observa un incremento de respuestas acertadas después del curso y los asistentes han manifestado haber mejorado sus conocimientos y comportamiento en salud, destacando que la metodología de las clases fue adecuada, siendo escaso el material aportado.

Por las encuestas hemos podido conocer hábitos nocivos arraigados en nuestra comunidad: consumo habitual de alcohol, tabaco, café y leche recién ordeñada; bajo nivel de vacunación y hábitos de aseo diario y alimentación.

La discusión de nuestro trabajo se basa fundamentalmente en la escasez de apoyo laboral, heterogeneidad del grupo de alumnos, las dificultades de adaptación a un horario, y quizás, la falta de formación y experiencia en Educación para la Salud de los educadores.

Análisis de una encuesta de opinión sobre actividades de educación sanitaria en una comunidad.

Encuesta de Opinión / Actividades / Educación Sanitaria.

Lourdes Gaona Gómez, J.M^º. López López, et al.

Centro de Salud de San Javier

Lourdes Gaona Gómez. Centro de Salud de San Javier. Avda. de la Aviación, s/n.
30730 San Javier (Murcia). Telf. 57 10 64.

Resumen

Presentamos nuestra experiencia sobre unas Jornadas de Educación para la Salud, consistentes en un ciclo de charlas-coloquio realizadas en Santiago de la Ribera (5.334 habitantes).

Se elaboró una encuesta de opinión con el objetivo de conocer el grado de satisfacción alcanzado en la Comunidad y sus demandas en temas de salud.

Se repartieron al azar 30 cuestionarios, cumplimentándose 23 (76.7%). Asistieron una media de 57 personas, predominando las mujeres (74%). Edad media 47.8 años.

La proporción entre menores y mayores de 40 años variaba de forma significativa según el contenido de la charla ($p < 0.0006$).

No fue estadísticamente significativa la relación entre el tema tratado y el sexo de los asistentes.

El grado de satisfacción alcanzado fue del 74-100% según consideremos horario, duración, calidad e interés del tema.

Existe un alto porcentaje de solicitudes sobre cáncer (73.9%), quizás porque su máxima incidencia coincide con la edad predominante de los asistentes.

Se concluye que, aunque los datos obtenidos no son extrapolables a la totalidad de la población, la encuesta de opinión permite conocer el grado de satisfacción de los encuestados respecto al desarrollo y contenido de las jornadas, así como recabar información sobre sus demandas en temas de salud.

Evaluación de las Primeras Jornadas de Educación Sanitaria de Los Alcázares.

Evaluación / Actividades / Educación Sanitaria.

José Carlos López Lacoma, Salomón Rivera Peñaranda, Juan José Pedreño Saura, et al.

Centro de Salud de San Javier

José Carlos López Lacoma. Centro de Salud de San Javier. Avda. Aviación, s/n.
30730 San Javier. Telf. 57 10 64.

Resumen

La Educación Sanitaria es una de las actividades esenciales en Atención Primaria.

El presente trabajo evalúa una experiencia en Educación Sanitaria desarrollada por el personal del Equipo de Atención Primaria de San Javier. Se valora: estructura y ejecución de las actividades, participación comunitaria lograda y aumento de conocimientos de los asistentes.

Tras elegir el municipio de Los Alcázares como sector de intervención (3.500 habitantes), se contactó con autoridades y asociaciones locales y se estableció la metodología de intervención (se definieron actividades de publicidad e información, horarios, ponentes y contenido de las cinco charlas-coloquio).

Se consiguió disponer de todos los recursos considerados necesarios y desarrollar todas las actividades previstas. Asistieron a cada charla 68 personas (desv. tip. 11), siendo más del 80% del sexo femenino. Los asistentes efectuaron 10 preguntas por charla (desv. tip. 2).

Un cuestionario distribuido aleatoriamente en cada charla a 25 de los asistentes, al comienzo y final, no mostró la obtención de un aumento estadísticamente significativo de conocimientos.

Se concluye que: se consiguió desarrollar la experiencia en Educación Sanitaria según había sido planificada, se consiguió la participación comunitaria, pero no un aumento significativo de los conocimientos entre los asistentes a la charla.

Comunicaciones a la ponencia

"ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VISITA DOMICILIARIA"

Lugar: CAM. 22-2-91

19'00 h. Aportación específica de la enfermería al objetivo de la Atención Primaria.

19'10 h. Estudio descriptivo del control de embarazo realizado por el Equipo de Enfermería de un Centro de Salud.

19'20 h. El enfermo terminal en Atención Primaria de Salud: Experiencia del Equipo de Atención Primaria de San Pedro del Pinatar.

Aportación específica de la Enfermería al objetivo de la Atención Primaria. Atención Primaria / Modelo / Enfermería.

Isabel Martínez Catalán, Purificación Renedo García, Amelia Inclán Ponce de León.

Centro de Salud Vistabella y Ambulatorio del Carmen
Centro de Salud de Vistabella. C/. Alicante, s/n. 30003 Murcia. Telf. 34 04 00.

Resumen

Hemos aplicado un modelo de cuidados en la consulta programada de enfermería, para definir y concretar nuestra función como profesionales de Atención Primaria.

El estudio se ha realizado a 102 pacientes incluidos en Programa de Diabetes, pertenecientes al Centro de Salud de Vistabella.

Se ha hecho un análisis retrospectivo de la documentación que se registra en la Historia Clínica del paciente, en concreto de los registros de enfermería; obteniéndose datos sobre los problemas que presentaron cada paciente y si éstos se solucionaron o no.

La media de problemas (potenciales y reales) detectados, fue de 15'4 y la media de problemas resueltos de 7'9.

Encontramos diferencias significativas ($p < 0'001$), entre la media de problemas detectados en mujeres y hombres no insulino-dependientes, 16'82 y 12'82 respectivamente.

El grado de consecución de los objetivos que nos propusimos al iniciar el uso de este modelo, nos permite afirmar que es válido para dar atención sanitaria integral; así como para detectar áreas susceptibles de investigación por parte de enfermería, y una forma distinta de organizar nuestro trabajo diario.

La Educación Sanitaria es una parte fundamental de nuestro campo de actuación, ya que mediante ella, hemos podido resolver los problemas de mayor aparición en nuestros pacientes.

Estudio descriptivo del control de embarazo realizado por el Equipo de Enfermería en un Centro de Salud.

Enfermería / Visita puerperal / Educación Sanitaria.

M. Calvo Jiménez, M. Navarro Nuño de la Rosa, S. Lario Simón, M^º. A. Lajara Mateos, F. Menárguez Teruel, A. Díaz Méndez.

Centro de Salud del Barrio del Carmen
C/. Goya, s/n. Murcia. Telf. 25 35 43.

Resumen

El objetivo fundamental de este estudio realizado por el Equipo de Enfermería, es presentar los resultados de algunos indicadores incluidos en el Subprograma de Embarazo del Centro de Salud del Barrio del Carmen, en todas las mujeres cuyo parto se produjo en el año 1988.

Se revisaron 164 historias de mujeres, de las cuales 114 fueron controladas en el Centro de Salud, evaluándose aspectos socio-demográficos y aspectos propios del Subprograma de Embarazo.

De los datos obtenidos se destaca que entre los 20-29 años se da el mayor número de embarazos (62'19%), que existe una detección temprana de la mujer embarazada por el E.A.P., antes de las 12 semanas se captó al 54'26%, lo que indica un gran sensibilización del personal frente a este Subprograma, así como el 57'31% de las mujeres embarazadas, optaron por ser controladas exclusivamente en el Centro de Salud, más un 12'19% de controles mixtos con otros profesionales, lo que supone un 69'50%, por estas cifras pensamos que la población tiene una buena adherencia con el Equipo.

La educación sanitaria individual durante el embarazo y la visita puerperal, tienen entre otras consecuencias, la información y captación para el Programa de Planificación Familiar (48'52%) de mujeres incluidas.

El enfermo terminal en Atención Primaria de Salud: experiencia del Equipo de Atención Primaria de San Pedro del Pinatar.

Enfermo Terminal.

Martínez Hernández, J. et al.

Centro de Salud de San Pedro del Pinatar

C/. Miguel de Unamuno, nº 9. 30740 San Pedro del Pinatar (Murcia). Telf. 18 17 10

Resumen

Con el presente estudio pretendemos analizar las características de los casos de enfermo terminal atendidos por el EAP de San Pedro del Pinatar. Consideramos paciente terminal si el fallecimiento se considera inevitable a corto plazo agotadas las posibilidades terapéuticas.

Realizamos un estudio retrospectivo aplicando un protocolo en base al conocimiento personal del paciente e historia clínica.

Hemos incluido 41 pacientes. Las patologías más frecuentes son neoplásica (pulmón) y neurológica (ACV). El diagnóstico es en un 70% en EAP; los factores de riesgo (50%) más frecuentes son tabaquismo e HTA; las complicaciones (80%) más frecuentes son úlceras por decúbito; las consultas a domicilio son superiores a las de demanda en los médicos y las de seguimiento en enfermería; la mayor prescripción es gases y antibióticos; la actitud del paciente es depresión si no conoce el diagnóstico y aceptación si lo conoce.

Las principales patologías están relacionadas con factores de riesgo evitables. Destaca el alto porcentaje de diagnóstico en el EAP. Las complicaciones son frecuentes, lo cual eleva la prescripción sanitaria. El conocimiento del diagnóstico es favorable para el paciente, coincidiendo en ello con algunos autores sobre todo americanos.

La Atención Primaria debe ser potenciada como fuente de diagnóstico precoz; es fundamental la actuación sobre factores de riesgo así como el seguimiento de enfermería; el conocimiento del diagnóstico beneficia al paciente; debe estimularse la visita domiciliaria.

Comunicaciones a la ponencia

"LA LUMBALGIA EN ATENCION PRIMARIA "

Lugar: CASINO DE MURCIA. 22-2-91

19'00 h. La lumbalgia en el niño que hace deporte.

19'10 h. Prescripción de antiinflamatorios no esteroideos en Atención Primaria.

19'20 h. Discusión.

La lumbalgia en el niño que hace deporte.

Lumbalgia / Deporte.

Martínez Romero, J.L.; Martínez-Espejo Sánchez, M.D.

Sport-Trauma y Esc. Univ. de Enfermería "Arrixaca".
C/. Arturo Duperier, 2-4 B. 30009 Murcia.

Resumen

Introducción: se presenta nuestra experiencia en la práctica diaria con los niños que acuden a consulta por un problema relacionado con el deporte, en la zona lumbar.

Analizamos previamente las características anatómicas y funcionales que se dan en la columna lumbar del niño y que van a ser la base para una futura patología.

Material y método: Los niños han sido sometidos a una batería de test clínicos y radiológicos que analizados nos dan los siguientes resultados.

Resultados: frecuente aparición de alteraciones de columna y disimetrías que desequilibran la columna lumbar ante la sobrecarga que representa el deporte.

Conclusiones: los deportes más agresivos para la columna lumbar son la gimnasia rítmica en las niñas y las artes marciales y tenis en los niños.

todo niño que hace deporte de riesgo o se especializa precozmente deberá ser sometido a estudios exhaustivos.

Prescripción de A.I.N.E. (Antiinflamatorios no esteroideos) en Atención Primaria.

Prescripción / A.I.N.E.

Eduardo Albaladejo Monreal, Aurora Andújar Arias, Tomás Hernández Ruipérez, José Martínez López, Juan de Dios Arnaldos Herrero, José Antonio Serrano Martínez.

Centro de Salud Barrio del Carmen.
C/. Goya, s/n. Telf. 25 35 43

Resumen

Presentamos un trabajo sobre "prescripción de AINE", en la población mayor de 14 años, adscrita al Centro de Salud del Carmen. Es un trabajo descriptivo, retrospectivo realizado con una muestra de 400 Historias, estratificada por cupo, edad y sexo, partiendo de un nivel de confianza del 95% y una tasa de error del 5%, obteniendo los siguientes resultados:

1º) La incidencia de prescripción de AINE, durante el período de estudio es del 18%.

2º) El principio más utilizado es el Diclofenac, representando un 69% de todas las prescripciones.

3º) Los motivos de prescripción más frecuentes son: S. inflamatorios locales (39%), s. dolorosos no especificados (29.7%) y E. degenerativas (18.9%).

4º) Un 45% de las prescripciones recaen en pacientes mayores de 65 años y un 36.6% entre 45-54 años.

5º) En el grupo de edad de mayor incidencia de prescripción, un 28.6% han seguido tratamiento por más de un mes de forma continuada y un 20% por más de tres meses.

6º) Un 34.57% de pacientes a los que se les ha prescrito AINE presenta algún tipo de patología previa susceptible de ser descompensada por su utilización.

Llamamos la atención sobre los tres últimos apartados por tratarse de factores determinantes en la aparición de efectos 2º y RAM. Detectamos infraregistro de datos, en cuanto a dosis y definición de tiempo por prescripción.

Resaltamos la importancia de estos estudios como instrumento que para llevar a cabo trabajos de control de calidad asistencial.

Comunicaciones a la ponencia

"BASES PARA LA ELABORACION DEL PROGRAMA DE ATENCION AL MEDIO EN A.P.S. DE LA REGION DE MURCIA"

Lugar: CAM. 23-2-91

- 11'50 h. Ciudades saludables: El nuevo marco de la promoción de la salud. El papel de la Atención Primaria.
- 12'00 h. Evacuación y tratamiento de residuos líquidos en el municipio de San Javier.
- 12'10 h. Una nueva experiencia de educación sanitaria en un curso para manipuladores de alimentos. Librilla 1990.
- 12'20 h. Situación higiénico-sanitaria de comedores escolares del municipio de Murcia.
- 12'30 h. Estudio de la mortalidad por accidentes de tráfico en el municipio de Murcia.

Ciudades saludables: el nuevo marco de la promoción de salud. El papel de la Atención Primaria.

Ciudades saludables / Atención Primaria / Promoción de salud.

Rueda Salmerón, J. y González Martínez-Lacuesta, E.

E.A.P. Santa María de Gracia y Servicios Municipales de Salud.
Servicios Municipales de Salud, Plaza Preciosa, 5. 30008 Murcia

Resumen

Objetivos: presentar el marco teórico de la Nueva Salud Pública expresado en el Programa Ciudades Saludables, y la estrategia de Atención Primaria de Salud, estableciendo aquellos elementos que por serles comunes, propician la acción.

Material y métodos: se aborda el análisis del marco conceptual desde los documentos que lo dinamizan (informe Lalonde, McKeown) hasta los que sustentan las estrategias de la Nueva Salud Pública, haciendo hincapié en sus principales contenidos.

Resultados: un primer examen a la luz de los propósitos de Ciudades Saludables revela que en Murcia destacan tres líneas de actuación. 1. Sobre la demografía y sus tendencias: la existencia de un 43% de ≤ 25 años posibilitan estrategias de acción factibles en estilos de vida y ocio. Asimismo, la tendencia de envejecimiento de la población (20% en el 2010) exige preveer sus necesidades. 2. Medio Ambiente, la huerta y el segura son objeto de atención, resaltando el deterioro de ambos y su simbiosis con la salud humana. 3. De las causas de muerte: sus causas, las del patrón occidental, permiten adoptar medidas de Promoción de Salud. Se aportan igualmente los conceptos básicos de Ciudades Saludables –enfaticando la acción– que serían la intersectorialidad, la participación real ciudadana y los autocuidados.

Discusión: se reconoce en Ciudades Saludables y en Atención Primaria los elementos de S.P.T. 2.000, encontrando que el papel de la A.P. se centraría en su conocimiento del nivel de salud y sus posibilidades como implementador de autocuidados y estilos de vida sana.

Conclusiones: la convicción de lo valioso de Ciudades Saludables como marco de la reorientación de acciones de salud. Las posibilidades para la A.P.S. de desasistencialización, pasando de receptora de enfermedad a creadora de salud.

Evacuación y tratamiento de residuos líquidos en el municipio de San Javier.

Tratamiento residuos líquidos.

García Cuadrado, J.; Pereñíguez Barranco, J.E.; Paricio Núñez, P.; Fuster Quiñonero, D.; Contessotto, C.

Centro de Salud de San Javier

C/. Balandro, 19. Santiago de la Ribera. Telf. 57 14 94.

Resumen

Se estudia la situación en que se encuentra la red de evacuación y tratamiento de los residuos líquidos en el municipio de San Javier, utilizando para ello el método epidemiológico descriptivo contando con técnicos de la Corporación Local, los profesionales ejecutores del trabajo y la ayuda de la Agencia del Medio Ambiente.

Del análisis de los datos se aprecia una red bien estructurada pero claramente insuficiente, situación que se pone de manifiesto en épocas de lluvia y estival. Apreciamos un déficit en la sección de la red, peligro de emisiones directas al mar, insuficiente e incompleto tratamiento de las aguas negras, que procedentes de la depuradora se utilizan para riego de verduras y hortalizas, y finalmente se reseña la evacuación a través de emisarios submarinos de las aguas residuales en La Manga del Mar Menor.

Únicamente el esfuerzo conjunto de Corporación Local, Agencia del Medio Ambiente y Comunidad Autónoma pueden dar respuesta a la problemática planteada.

Una nueva experiencia de educación sanitaria en un curso para manipuladores de alimentos. Librilla 1990.

Educación sanitaria / Participación / Manipuladores de alimentos.

García-Giralda Ruiz, Luis; Casas Aranda, Isabel; Ayala Pujante, Pascual; Gutiérrez García, José Joaquín.

Luis García-Giralda Ruiz. C/. Pedro Antonio de Alarcón, 65-2º A. 18003 Granada. Telf. 958 / 27 61 92.

Resumen

Los objetivos del curso fueron:

1. Iniciar un proceso de motivación en estos manipuladores para que elijan las opciones más saludables.
2. Establecer algunos mecanismos para que los asistentes puedan expresar su opinión y participar activamente en la planificación y ejecución de los programas de salud.

El curso lo dirigimos un coordinador y cinco agentes sanitarios, a 48 trabajadores, contando con medios audiovisuales; fue confeccionado por la Comunidad y presentó cinco sesiones de charlas-coloquio y dinámica grupal.

Pasamos una encuesta al inicio y final del curso con este resultado: 1. Estar bien preparado para trabajar y mejorar la salud propia y de la comunidad $P < 0,001$. 2. Los responsables deben contar con nosotros para resolver los problemas sanitarios $P < 0,05$. 3. volvería a realizar el curso para trabajar en grupo y contrastar opiniones (46).

El curso fue bien aceptado por la comunidad. Ha servido para cambiar actitudes, integración de otros profesionales como agentes sanitarios y formación del equipo en técnicas educativas.

Estimamos que la participación y el trabajo en grupos han influido más en el cambio de actitudes que las experiencias clásicas. Se han establecido relaciones en la comunidad que pueden servir de punto de apoyo para otras actividades.

Situación higiénico-sanitaria de comedores escolares del municipio de Murcia.

Comedores escolares / Inspección / Análisis de alimentos.

Morillas, J.; Angostos, J.; Bañón, A.; Gómez, E.; Albacete, C.R.; González, E.

Servicios Municipales de Salud, Plaza Preciosa, 5. 30008 Murcia.

Resumen

Introducción: se aborda el problema de los comedores escolares y se aportan los resultados del Programa Piloto que contiene como novedad el análisis de alimentos.

Objetivos: 1. Conocer la adecuación de los comedores escolares a la legislación vigente. 2. Evaluar la calidad higiénico-sanitaria de los alimentos, y establecer si existe correlación entre la inspección y el análisis.

Material y métodos: se seleccionan 16 de los 27 comedores escolares del municipio, se protocolizan la inspección, la recogida de muestras y la analítica, según la legislación. El programa se realiza entre el 11-2-90 y el 2-4-90 efectuándose la inspección y toma de muestras por los equipos municipales de Salud Escolar, y el análisis de alimentos por técnicos del Laboratorio Municipal.

Resultados: de la inspección: se inspeccionan los 16 centros, la media de comensales fue de 172, y las anomalías por capítulos más representativas fueron, cocina (36'9%), comedor (47'9%), personal/manipulación (38'5%), despensa (32'1%). De los alimentos: se validan 73 de las 80 muestras, de ellas, el 48% tienen algún recuento microbiológico alterado, destacando la presencia en el 37% de aerobios mesófilos. De la correlación: no se identifica correlación entre la inspección y la analítica.

Discusión: Se pone en evidencia la necesidad de control de estas instalaciones. Igualmente, se significa que gran parte de las anomalías son susceptibles de corrección con mínimas inversiones y educación sanitaria. Se destaca la potencialidad de riesgo que significa el alto número de muestras contaminadas.

Conclusiones: los comedores escolares no se ajustan en muchos casos a la legislación. Los recuentos microbiológicos suponen un potencial de riesgo. Se concluye al fin la necesidad de poner en marcha un programa específico.

Estudio de la mortalidad por accidentes de tráfico en el municipio de Murcia. Una propuesta de análisis.

Accidentes de tráfico / Mortalidad A.P.V.P.

Daniel Fenoll Brotons, José Luis García Bernal y Eduardo González Martínez-Lacuesta.

Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia.

Plaza Preciosa, s/n. 30008 Murcia. Telfs. 24 71 12 y 24 70 62.

Resumen

Analizamos la mortalidad por accidentes de tráfico desde 1987 a 1989 en el municipio de Murcia, así como sus factores condicionantes. Del Registro Civil de Murcia se han recogido las defunciones de los años 87-89 utilizando para la codificación de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) 9ª Revisión; se han calculado los A.P.V.P. (Años Potenciales de Vida Perdidos). se han revisado las publicaciones de la Policía Local y de la Jefatura Provincial de Tráfico. Durante el período estudiado han aumentado las defunciones por accidente de tráfico en un 100%, la mortalidad proporcional ha aumentado de un 2'1% a un 3'5%; las tasas de mortalidad han pasado de 13'9 a 24'5 por 105 habitantes. En los hombres es la primera causa de muerte de 5 a 34 años en el 88-89, y en las mujeres la 1ª de 15 a 34 años en el 89. En A.P.V.P. a partir del año 88 es la 2ª, después de los tumores, siendo la 1ª por media de A.P.V.P. por defunción. La tasa de muertos por 10.000 vehículos ha aumentado de 2'72 a 5'06. Vista su importancia es necesario poner en marcha un registro de accidentes de tráfico de carácter multidisciplinar, para identificar los factores condicionantes, asimismo es urgente la adopción de medidas intersectoriales, desde el ámbito municipal, para abordar esta problemática.

COMUNICACIONES LIBRES

Lugar: CASINO DE MURCIA. 22-2-91

- 19'30 h. Revisión sobre el empleo de cefalosporinas en el Centro de Salud de Aguilas.
- 19'40 h. Reacciones adversas a medicamentos en personas mayores de 60 años.
- 19'50 h. Incidencia de bajas laborales en el término municipal de Los Alcázares durante el año 1989.
- 20'00 h. El seguimiento de la tuberculosis: De los dispensarios al Centro de Salud. El dispensario de enfermedades del tórax de Cartagena.
- 20'10 h. Discusión hasta las 20'30 h.

Revisión sobre el empleo de cefalosporinas en el Centro de Salud de Aguilas Cefalosporinas /Atención Primaria.

Manuel Pastor Rull, Jorge Pastor Rull, Rafael M. Andreu Hernández, Rosalía Casado López, Catalina Lorenzo Gabarrón y Leoncio Collado Rodríguez.

Centro de Salud de Aguilas
C/. Juan Carlos I, 6-4º B. Telf. 44 78 79 - Aguilas

Resumen

El estudio se propone realizar un análisis sobre el empleo que se ha hecho de las Cefalosporinas en el Centro de Salud de Aguilas desde 1985 hasta 1990, observando especialmente el motivo de las prescripciones. Para ello se han revisado 350 historias clínicas extraídas de forma aleatoria de un archivo de 7.652. Hemos encontrado que un 18% de nuestros pacientes ha recibido estos antibióticos en alguna ocasión, siendo las de 2ª generación las más utilizadas (71%). Las infecciones más frecuentes fueron las O.R.L. con el 34,7%.

Partiendo de que solo aceptamos como correctas las indicaciones de "otitis, sinusitis, gonococia, chancro blando, salmonelosis e infecciones urinarias con antibiograma" para tratar con estos fármacos en Atención Primaria, apreciamos un 71% de usos injustificados, concluyendo que las Cefalosporinas son antibióticos de aplicación muy restringida en Atención Primaria y que en nuestro Centro se han empleado de forma excesiva hasta el momento. Ello nos llevará a elaborar un protocolo conjunto y documentado para el tratamiento de los procesos infecciosos de mayor incidencia en nuestro medio.

Reacciones adversas a medicamentos en personas mayores de 60 años

Geriatría / Atención Primaria / RAM.

J. Saura Llamas, J.A. Serrano Martínez, F. Olcina Bó, A. Andújar Arias, J.M^e. Serna García, M.T. Sánchez Esteban.

Centro de Salud del Barrio del Carmen (Murcia)
C/. Goya, Barrio del Carmen, Murcia. Telf. 968 / 25 35 43 (J. Saura)

Resumen

El propósito de este trabajo es constatar la sospecha de la alta incidencia y distribución de las RAM en personas mayores de 60 años en nuestro medio.

Se trata de un estudio descriptivo y observacional que abarca un período de 3 años, analizándose las RAM detectadas en el total de las 179 Historias Clínicas de personas mayores de 60 años de un Cupo de Medicina General.

El total de personas afectadas fue del 54'18%. Se detectaron 203 RAM cuya distribución fue del 81'77% en mujeres y el 18'2% en varones. El sistema u órgano más afectado fue el aparato digestivo con un 53'92%. Los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados en las RAM fueron los del aparato cardiovascular (22'54%) y músculo-esquelético (20'58%). La vía de administración utilizada fue la oral (89'70%).

La frecuencia de RAM fue significativamente más alta en mujeres $P < 0.01$. Las manifestaciones digestivas y del SNC fueron las relatadas con mayor frecuencia para ambos sexos. Los grupos farmacológicos del Aparato Cardiovascular en mujeres y SNC en varones fueron los incriminados más frecuentemente en las RAM con diferencias significativas entre ambos sexos.

Los resultados obtenidos y la literatura revisada justificaron la necesidad de la farmacovigilancia en A.P.S.

Incidencia de bajas laborales en el término municipal de Los Alcázares durante el año 1989.

Evaluación / Incapacidad laboral / Comunidad.

Adela Huertas, Juan José Pedreño, Marisol Meroño, Salomón Rivera, Ginés Lucerga, José Carlos López.

Centro de Salud de San Javier

Adela Huertas Mazón. Centro de Salud de San Javier. Avda. Aviación, s/n. 30730 San Javier (Murcia).

Resumen

La ILT (incapacidad laboral transitoria) es una situación médico-legal de elevada trascendencia por sus repercusiones socioeconómicas y, en la que el médico tiene una enorme responsabilidad, porque puede influir en la racionalización de su uso.

Estudiamos: edad, sexo, diagnóstico, duración y fecha de las ILT extendidas durante 1989 a la población asistida en el consultorio de Los Alcázares.

Sobre 1.073 asegurados activos, se extendieron 249 bajas laborales (23,21%), correspondiendo el 60,24% a hombres y el 30,76% a mujeres, dándose la mayor incidencia en el grupo de 21 a 30 años, con una diferencia estadísticamente significativa. Hubo 11 bajas de causa obstétrica y 16 por larga enfermedad (más de 180 días de duración).

Las enfermedades musculoesqueléticas (grupo XIII) fueron las responsables del mayor número de pérdidas de jornadas laborales, seguidas por las enfermedades del grupo XVII (traumatismos). La distribución estacional de las ILT fue uniforme a lo largo del año.

Se discute la necesidad de conocer mejor las características socio-económico-culturales de la zona, para hacer un análisis más profundo de la situación.

Como conclusión, es de destacar: la elevada incidencia de ILTE en nuestra población, fundamentalmente, por enfermedades del grupo XIII (musculoesqueléticas).

El seguimiento de la tuberculosis: de los Dispensarios al Centro de Salud. El Dispensario de Enfermedades del Tórax de Cartagena.

Tuberculosis / Enfermedades declaración obligatoria / Dispensarios.

Hernández, M.J.; García, A.L.; Guillén, J.J.; Benedicto, J.M.; Sebastián, J.M.; Medrano, J.

Dirección de Salud del Area II. Consejería de Sanidad. Cartagena.
Plaza San Agustín, nº 3. 30201 Cartagena. Telf. 50 25 73.

Resumen

Es objeto de este trabajo conocer y describir la utilización del Dispensario de Enfermedades del Tórax de Cartagena entre 1980-88 y hacer una reflexión sobre quién debe realizar las tareas hasta ahora efectuadas por los dispensarios.

Para elaborar el trabajo hemos utilizado el libro de registro y revisiones sobre la enfermedad TBC del Dispensario y los partes de Enfermedades de Declaración Obligatoria del período 1980-88. Hemos recogido para su estudio una muestra de 878 personas, que constituyen el 10% de los registros del Dispensario y la totalidad de los partes EDO.

En la muestra empleada (878), encontramos 420 mujeres y 458 hombres. Las edades de mayor frecuentación son los grupos de edad de 0-10 años (22'4%) y 21-30 (20'2%). El año de mayor frecuentación es el de 1980 (235 casos), disminuyendo progresivamente. Hemos encontrado un total de 43 enfermos de tuberculosis (TBC), 4'89%, en distintos grados de afectación. La mayor incidencia de enfermos de TBC corresponde al grupo de edad de 0-10 años (8'12%). En los partes de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) se observa en relación a los años, una declaración mayor en el año 1982 (83 casos).

Concluimos que el dispensario de Enfermedades del Tórax tiene una baja frecuentación y sus funciones deben ser asumidas por los Centros de Atención Primaria, fundamentalmente en el seguimiento de los familiares, coordinados por personal de la Consejería de Sanidad. Que es necesario, asimismo, una correcta utilización del SISEDO, con declaración correcta y completa de todos los datos para el seguimiento oportuno. Asimismo, creemos necesario el incremento de dotación de Vigilancia Epidemiológica en las distintas Areas de Salud.

COMUNICACIONES LIBRES

Lugar: CASINO DE MURCIA. 23-2-91

- 11'50 h. Insuficiencias y logros en el programa de control del niño sano.
- 12'00 h. Estudio descriptivo del control del lactante en el primer año de vida, realizado por el Equipo de Enfermería de un Centro de Salud.
- 12'10 h. Efecto de la cita previa en la Asistencia Primaria.
- 12'20 h. Significado de la asistencia a urgencias hospitalarias para la Atención Primaria según el ámbito rural o urbano en la Región de Murcia.
- 12'30 h. Vacunación contra la hepatitis B en el área de salud VI de Murcia.

Discusión 20 minutos. Descanso 10 minutos.

- 13'00 h. Evaluación de la infraestructura de los Centros de Salud docentes de la Región de Murcia. 1990.
- 13'10 h. Evaluación de los cursos de incorporación a los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia, realizados durante el primer semestre de 1990.
- 13'20 h. La importancia de los convenios de Atención Primaria en la implantación de las nuevas estructuras básicas de salud.
- 13'30 h. La integración de los sanitarios locales en los equipos de Atención Primaria (La Reforma en el medio rural).
- 13'40 h. Asignación de recursos humanos en Atención Primaria utilizando una técnica de investigación operativa.
- 13'50 h. Priorización de inversiones en servicios de Atención Primaria mediante la aplicación de criterios técnicos consensuados.
- 14'00 h. Discusión hasta las 14'30 h.

Insuficiencias y logros en el programa de control del niño sano.

M^ª. Virtudes Sánchez Estévez, Guillermo Nieves González, Coral Sáiz Carboneras.
M^ª. Rosario Fernández Saura.

Centro de Salud de La Ñora
C/. Carretera de La Ñora, s/n. (Murcia) - Telf. 80 51 53.

Resumen

Se realiza una evaluación del grado de cumplimiento que se da en el programa del niño sano desarrollado en el Centro de Salud de La Ñora a todos los recién nacidos e incluidos en el mismo entre enero de 1988 y abril de 1990 (N=213) de las pedanías de La Ñora, Javalí Viejo, Rincón de Beniscornia y Puebla de Soto. Asimismo se lleva a cabo una encuesta sobre el tipo de aceptación que dicho programa tiene entre las madres de los niños.

Se pone de relieve en el estudio las insuficiencias de la administración sanitaria para garantizar un óptimo desarrollo del programa. Se destaca como a pesar del buen grado de cumplimiento (94%) existe una proporción preocupante de madres que lo abandonan tras la primera o segunda visita, que precisamente se caracteriza por ser de alto riesgo. Por último se destaca la buena acogida que el programa tiene entre las madres, sobre todo por sus componentes de examen y control, aunque hay que reseñar la insuficiencia en la dimensión favorecedora de conductores autónomos en este terreno.

Estudio descriptivo del control del lactante en el primer año de vida, realizado por el Equipo de Enfermería de un Centro de Salud.

Lactancia materna / Enfermería / Educación maternal.

M. Navarro Nuño de la Rosa, M. Calvo Jiménez, R. Piqueras González, M^a A. Cifuentes Verdú, D. Gutiérrez Gambín, A. Montoya Fernández

Centro de Salud Barrio del Carmen
C/. Goya, s/n. 30002 Murcia. Telf. 25 35 43.

Resumen

La finalidad de este estudio realizado por el Equipo de Enfermería es presentar los resultados de algunos indicadores incluidos en el subprograma del lactante del Centro de salud del Barrio del Carmen, de todos los niños nacidos en el año 1988.

Revisamos un total de 234 historias, evaluándose entre otros parámetros: Captación en visita puerperal; seguimiento del programa; si recibieron lactancia materna; etc.

De los datos obtenidos, destacamos que la primera consulta realizada a niños incluidos en programa se llevó a cabo en el primer mes de vida en un 53'41%.

Han acudido a todos los controles el 95'29%, esto nos indica el grado de sensibilización que tiene la población con respecto a este subprograma.

También señalamos que el 80'34% de las madres, iniciaron lactancia natural, de las cuales el 33'74% dieron el pecho más de tres meses, una de las causas de abandono de la lactancia materna es la hipogalactia, el 28'70%.

El 92'33% de los niños sigue el calendario de vacunaciones.

Esto nos lleva a la conclusión de la importancia de la educación maternal, el asesoramiento durante las revisiones del embarazo y la conveniencia de la coordinación con otros niveles de salud.

Efecto de la cita previa en la Asistencia Primaria

Atención Primaria / Cita Previa / Frecuentación Sanitaria.

Moreno Gomáriz, E.; Gómez Calcerada, D.; Cánovas Valverde, J.; Sandoval Saura, C.; Ramos Álvarez, C.; Peñalver Manrubia, F.J.; Guillén Grima, F.; Maset Campos, P.

Departamento Ciencias Sociosanitarias. Unidad Historia Medicina. F. Medicina.
Universidad de Murcia. Espinardo. Facultad de Medicina. Telf. 83 30 00 - Ext. 2.579

Resumen

Se realiza un estudio multicéntrico en distintos ámbitos de atención primaria durante los mismos meses de dos años consecutivos con el objeto de analizar los resultados de la cita previa sobre distintos indicadores asistenciales.

Se obtiene una disminución del tiempo de espera de 31,27 minutos que es altamente significativa, también disminuye la demanda asistencial de 4,29 a 3,98 consultas/habitante/año y aumenta el tiempo de consulta en 0,44 minutos, siendo estas dos últimas diferencias significativas estadísticamente.

Las variables edad y sexo no se encuentran afectadas así como otras que determinan el contenido de la consulta (presencia del enfermo, personas en visita, exploración y remisión a especialista), algunos motivos de consulta sufren una ligera modificación, en cambio se triplica la remisión hospitalaria y el número de recetas por persona aumenta.

Se concluye que este sistema ha supuesto una gran disminución del tiempo de espera y una racionalización en los tiempos de consulta y de atención al paciente pero no ha cambiado sustancialmente el contenido de la misma.

Significado de la asistencia a urgencias extrahospitalarias para la atención primaria según el ámbito rural o urbano en la Región de Murcia.

Atención Primaria / Urgencias Médicas / Diferenciación rural urbana.

Abellán Sánchez, C.; Benedicto Orovitg, J.M.; Ferrández González, J.; López Lozano, R.; Paniaga Iñiguez, P.; Marset Campos, P.

Departamento Ciencias Sociosanitarias. Unidad Historia de la Medicina. Facultad Medicina.

Universidad de Murcia. Espinardo. Facultad de Medicina. Telf. 83 30 00 - Ext. 2.579.

Resumen

Se analiza el perfil y la tasa de frecuentación a servicios de urgencia extrahospitalarios de zonas urbanas y rurales de la Región de Murcia con entrevista personal a una muestra aleatoria de 2.441 personas (aproximadamente uno de cada dos) que acuden a consultas en Murcia, Cartagena, Mula y Cieza de abril a julio de 1989 con el fin de caracterizar las posibles diferencias y obtener conclusiones para su posible integración en los Centros de Salud.

Las tasas ajustadas de frecuentación en zonas rurales son aproximadamente cinco veces superior (0.55) a las de zonas urbanas (0.12) por la ausencia de hospitales en aquellas y por el contexto socioeconómico. El perfil sintomatológico y de motivos es diferente de forma significativa (lesiones, aparato locomotor, enfermedades infecciosas), así como la remisión a hospitales es consecuentemente superior en el ámbito rural.

Asumir las urgencias los EAP implica profundas modificaciones en su actual funcionamiento y requiere usar la frecuentación de urgencias como indicador para la programación y planificación de Consejos de Salud y EAP.

Vacunación contra la hepatitis B en el Area de Salud VI de Murcia.

Atención Primaria / Vacuna / Hepatitis B.

Juan Carlos Martínez Alburquerque, Paloma Martínez del Campo y J. Patricia Moreno Pina.

Centro de Salud de Molina de Segura
Avda. Levante, s/n. 968 / 61 05 45.

Resumen

La puesta en marcha de un programa de vacunación antihepatitis B en Atención Primaria, nos ha permitido hacer el presente estudio de investigación sobre la vacunación en personas susceptibles del Area VI de Salud de Murcia. El tiempo utilizado en este trabajo abarca desde junio de 1989 hasta octubre de 1990 y 558 personas captadas. Los valores analizados son: sexo, edad, grupos de riesgo, estado inmunológico pre y postvacunal y dosis de vacuna. Se han usado el tests de ji cuadrado y análisis de residuos.

El grupo dos y el nueve han sido los más numerosos. Los resultados son significativos; se puede decir como puntos a destacar que la prevalencia de marcadores positivos previos a la vacunación es similar a otros estudios y comparativamente con el Hospital General, hemos obtenido una mayor respuesta inmunitaria en nuestra población de estudio.

Evaluación de la Infraestructura de los Centros de Salud docentes de la Región de Murcia. 1990.

Garantía de calidad / Evaluación de la estructura / Unidades docentes.

M^ª Teresa Martínez Ros, Francisco Molina Durán, Roger Soto Calpe, Ana M^ª Ballesteros y Francisco Belda

Unidad Docente de MEYC
C/. Pinares, nº 7 - 30071 Murcia. Telf 21 04 78

Resumen

El objetivo del estudio es realizar la evaluación de la estructura que presentan los seis Centros Docentes de la Región de Murcia. Se utiliza la metodología de los estudios de garantía de calidad. Para ello se definen los criterios y estándares basados en la normativa legal, nacional y regional, así como en otros estudios. A cada uno de los centros se les realizó una encuesta cerrada/abierta con encuestador.

Los resultados globales reflejan una estructura deficiente en la totalidad de los Centros, siendo el más deficitario en infraestructura el Centro de Salud del Barrio del Carmen. De forma global el criterio con peor evaluación fue la cantidad de espacio (consultas, salas, despachos, etc.). Dos Centros alcanzaron porcentajes de deficiencias altos en el terreno organizativo.

Este estudio permite detectar defectos estructurales en los equipos de atención primaria para poder de esta forma ejercer una planificación adecuada de los recursos de que se dispone.

Evaluación de los cursos de incorporación a los equipos de atención primaria de la Región de Murcia, realizados durante el primer semestre de 1990.

Evaluación curso incorporación.

Campayo Rojas, F.J.; López Rojo, C.; Belda Maruenda, F.; Violan Fors, C.; Martínez Núñez, V.

Servicio de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Unidad Docente M.F. y C. y sector I-D. T. Insalud.

Ronda de Levante - Murcia.

Resumen

El presente trabajo pretende mostrar el procedimiento seguido y los resultados obtenidos en la evaluación de los primeros cinco cursos de incorporación a los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) de la Región de Murcia.

Hemos utilizado el método de evaluación por los estudiantes del programa, técnicas de enseñanza y docentes.

Como resultados destacan, en la organización y estructura dle curso, falta de tiempo y sesiones excesivamente teóricas. Horario e información previa se valoran mal. ritmo, duración, extensión y local se valoran como regular.

En cuanto al programa, los conocimientos aportados y la aplicabilidad de las sesiones se consideran, globalmente, regular. Se manifiestan, los discentes, acordes con los objetivos docentes. Los participantes esperaban, al iniciarlo, aprender el funcionamiento del Equipo de Atención Primaria y el 37,3% opina haber aprendido lo que esperaba.

Concluimos resaltando la conveniencia de revisar el sistema de evaluación por el alto porcentaje de "no contesta" (20-55%) y la tendencia hacia valores centrales en las preguntas cerradas; de realizar un curso por E.A.P. puesto en marcha implicándolo en su diseño y de establecerlo como requisito previo para trabajar en Equipo de Atención Primaria.

La importancia de los convenios de atención primaria en la implantación de las nuevas estructuras básicas de salud.

Convenios Atención Primaria.

Javier Sánchez Mariana, Angel Guirao García, Francisco Ramiro Toro, Pedro Pablo Mansilla Izquierdo.

Resumen

No cabe duda de que la fórmula de colaboración más extendida actualmente, para las relaciones concurrentes entre la administración del Estado y la de las Comunidades Autónomas, la constituye la firma de convenios de cooperación sectorial.

La Atención Primaria constituye una de las facetas sanitario-asistenciales donde mejor se aprecia la intervención competencial del Estado y de las Comunidades Autónomas, concurriendo en una misma materia.

La coordinación de actuaciones entre las dos partes implicadas se ha venido haciendo a través de la suscripción de Convenios en materia de Atención Primaria, para la puesta en funcionamiento de las estructuras básicas de salud.

La importancia de estos Convenios resulta más evidente en el ámbito rural, puesto que si no se integran los sanitarios locales en los Equipos de Atención Primaria, los esfuerzos inversores que pueda realizar el Insalud en la construcción de Centros de Salud serán baldíos al no constituirse la plantilla y, por lo tanto, la cooperación es más necesaria.

La realidad a que venimos refiriéndonos queda demostrada por el resultado concreto que se está produciendo con los Convenios de Atención Primaria firmados hasta el momento.

La integración de los sanitarios locales en los Equipos de Atención Primaria (La Reforma en el medio rural).

Integración Sanitarios Locales.

Francisco Ramiro Toro, Angel Guirao García, Javier Sánchez Mariana, Pedro Pablo Mansilla Izquierdo.

Resumen.

Los Sanitarios Locales son el colectivo profesional sobre el que asienta la Reforma de la Atención Primaria en el medio rural y sin cuya colaboración decidida no podría llevarse a cabo.

La integración de este personal en los E.A.P. es el instrumento idóneo para garantizar, por un lado, la calidad de los servicios prestados a la población y, por otro, la formación continuada y permanente de los sanitarios, acabando con el aislamiento profesional y social que arrastraban estos Cuerpos de funcionarios.

Las Administraciones Sanitarias competentes están dispuestas a completar el proceso de integración antes de 1993 (para esta fecha estarán en marcha todos los E.A.P.).

El complemento de Atención Continuada está generalizado a todos los E.A.P. rurales, así como los refuerzos en los casos necesarios. Hay un sistema más flexible para las zonas especiales.

Con la perspectiva de más de seis años de avanzar en la Reforma, se observa que la población rural, que en principio contemplaba con recelo la implantación de los Centros de Salud (entendiéndola simplemente como mejoras laborales para los sanitarios), va apoyando cada vez más el nuevo modelo al percibir la mejora de la calidad sanitaria que recibe (incluyendo los nuevos servicios).

Asignación de recursos humanos en atención primaria utilizando una técnica de investigación operativa.

Atención Primaria / Teoría de Colas / Asignación de Recursos.

López Lozano, J.M.; Martínez Núñez, V.; Campayo Rojas, F.J.; Pérez Riquelme, F.; López Rojo, C.; Rodríguez Martínez, M.P.

Servicio de Atención Primaria. Consejería de Sanidad
Ronda de Levante 11. 30008 Murcia. Telf. 36 20 00 - Ext. 1.525

Resumen

La comunicación pretende sugerir una metodología de optimización de recursos humanos en Atención Primaria de Salud en función de la demanda estimada y de unos objetivos idóneos de atención. Para ello es preciso calcular la demanda en función de variables de tipo socioeconómico, cultural y otras, construyendo un modelo predictivo, utilizando técnicas de regresión múltiple. Una vez determinado el modelo, se estima la demanda teórica y a partir de aquí y por medio de una técnica de investigación operativa (teoría de colas) se calcula el número óptimo de profesionales con 2 factores limitantes: capacidad de servicio (listas de espera) y coste.

El estudio no pudo determinar un modelo válido de estimación de la demanda, no obstante lo anterior, se continuó el método propuesto y se desarrolló un ejemplo de aplicación de teoría de colas, obteniéndose un número óptimo de médicos para una población determinada.

Priorización de inversiones en servicios de Atención Primaria mediante la aplicación de criterios técnicos consensuados.

Priorización / Método Delphi / Método ponderación de criterios.

Sánchez Sánchez, J.A.; Martínez Núñez, V.; López Lozano, J.M.; Pérez Riquelme, F.; Campayo Rojas, J.

Servicio de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. E.A.P. Murcia, Barrio del Carmen.

C/. Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.

Resumen

Con este trabajo se pretende establecer una priorización entre las diferentes demarcaciones geográficas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (Zona de Salud) para el desarrollo del nuevo modelo de Atención Primaria de Salud.

Se utilizó la técnica de búsqueda de consenso del Grupo Delphi para identificar criterios de priorización, posteriormente se aplicaron los indicadores consensuados a cada Zona de Salud mediante un método ponderado.

En el Grupo Delphi participaron técnicos en salud, responsables directos de la gestión de Atención Primaria y de la formación del Médico de Familia.

La participación en el Grupo Delphi fue del 72%, identificando como criterios de mayor relevancia la dotación de infraestructuras y de recursos humanos actuales; indicadores demográficos (número de habitantes, crecimiento demográfico); indicadores del nivel de salud e indicadores socioeconómicos.

Posteriormente, por el Servicio de Atención Primaria se aplicaron los diferentes criterios ponderados según la puntuación alcanzada a cada una de las Zonas de Salud, calculándose el nivel de significación de cada una.

Mediante la aplicación de estas técnicas sencillas de planificación se obtiene un listado consensuado según la prioridad para invertir recursos en cada área sanitaria.

COMUNICACIONES EN POSTERS

- Detección precoz neonatal de errores congénitos del metabolismo
- Evolución de la actividad asistencial en un período de tres años en un Equipo de Atención Primaria.
- Los programas de salud en los equipos de atención primaria de la Región de Murcia. Un estudio descriptivo.
- Control y seguimiento de la hipertensión arterial desde una consulta programada de enfermería.
- Standards de crecimiento de talla, talla sentado y segmento corporal inferior en escolares de la Región de Murcia.
- Programa de vacunación escolar curso 1990-91: Objetivo 97%.
- Evolución de la prevalencia de la infección tuberculosa en escolares de 1º de EGB del municipio de Murcia. Años 1984-1990.
- Evaluación de las actividades de incremento de la vacunación triple vírica.
- Lodoterapia en las charcas de Lo Pagán (Murcia).

Detección precoz neonatal de errores congénitos del metabolismo

Errores congénitos metabolismo.

A. Fernández Sánchez, C. González Gallego, J.M. García

Instituto de Bioquímica Clínica. Sección Metabolopatías. Espinardo (Murcia)
Avda. General Primo de Rivera, nº 9-1º C - Murcia. A. Fernández Sánchez

Resumen

Desde su implantación en 1976, el programa de detección precoz neonatal de metabolopatías ha ido ampliando su cobertura hasta alcanzar el 92,23% de los recién nacidos en la Región de Murcia, lo que supone unas estimas precisas de la frecuencia en la población de dichas metabolopatías. Se prevé en el futuro la ampliación de la cobertura y la implantación de mejoras en el proceso de obtención de muestras.

Para la gestión del elevado número de datos que suponen estas cifras, se ha desarrollado un programa informático novedoso que facilita su manejo, al tiempo que permite enviar información de manera precisa y ágil a clínicos y familiares.

Evolución de la Actividad Asistencial en un período de tres años en un E.A.P.

Evaluación / Proceso Asistencia / Atención Primaria

Olcina Bo, Francisco; Navarro Martínez, Antonio; Saura Llamas, José; Serna García, José María; Sánchez Esteban, Tomasa; Hernández Ruipérez, Tomás.

Centro de Salud Barrio del Carmen.
C/. Goya, 2 - 30002 Murcia. Telf. 25 35 43

Resumen

El objetivo de este trabajo es la evaluación indirecta del proceso asistencial en el Centro de Salud Barrio del Carmen (Murcia), en el período 1987-89.

Las variables analizadas son consecuencia de los datos generados, en los seis cupos de M. general y dos de Pediatría atendidos en nuestro Centro, por los pacientes que han consultado, al menos, en una ocasión.

Las hojas del movimiento diario de consulta de cada cupo se procesan por ordenador, hallando medias y porcentajes con los que se elaboran las memorias anuales. A los parámetros analizados (número de consultas totales, programadas, petición de radiología...) se les aplicó el test de comparación de proporciones.

Del número total de consultas analizadas (61.877 en el 87 y 70.477 en el 89) resaltamos la disminución en el porcentaje de consultas programadas; y dentro de las consultas a demanda, el incremento de las administrativas en detrimento de las consultas médicas, que disminuyen sin observarse variaciones significativas en cuanto a su distribución en 1ª o 2ª consulta. Por otra parte, también se ven reducidos el índice de minutos por consulta, así como el porcentaje de peticiones a radiología, laboratorio y derivación a especialista.

En Pediatría, a excepción del aumento de peticiones a radiología y laboratorio y de la disminución de consultas programadas, el resto de parámetros estudiados siguen una evolución semejante a la descrita en M. General.

Creemos precisa la implementación de medidas correctoras con el objeto de disminuir el trabajo meramente administrativo a nivel de consulta; así como la necesidad de estudios multicéntricos serios y la implantación de standares, con el objeto de que estos trabajos sean medidores más precisos de la calidad del proceso asistencial.

Los programas de salud en los equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia. Un estudio descriptivo.

Programa de Salud / Atención Primaria / Estudio Descriptivo.

Pérez Riquelme, F.; López Lozano, J.M^a.; Martínez Núñez, V.; Campayo Rojas, F.J.; López Rojo, C.; Rodríguez Martínez, M^a. Paz.

Servicio de Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Ronda de Levante - Murcia.

Resumen

El modelo sanitario de la Atención Primaria de Salud incluye como elemento conceptual las actuaciones por programas de salud.

Es objetivo que este trabajo de escribir la distribución por E.A.P. del número y tipo de programas de Salud presentados para su acreditación y su categorización respecto a ésta.

Se han valorado los siguientes aspectos:

- Número de E.A.P. que han presentado algún programa para acreditación.
- Número de programas presentados (independientemente del motivo).
- Programas diferentes presentados.
- Distribución de los programas según el tipo de acreditación.
- Distribución por Equipos de los apartados anteriores.

Se han estudiado 19 de los 21 de los E.A.P. funcionantes.

La media de programas diferentes presentado por E.A.P. es de 4'32 (S.D. = 1'42).

Los programas con acreditación A presentan una media de 1'4 (s.D. = 1'35).

Incluyendo los programas pendientes de acreditar el 52'6% de los E.A.P. tienen entre 3 y 4. Sin incluirlos, el 26'3% presentaron 4. Como mínimo cada E.A.P. presentó 2 programas.

El 55'1% de los presentados, tienen acreditación A, y entre los pendientes, el 71'1% son nuevos.

En apenas 2 años la Mesa de Acreditación de Programas de Salud, ha recibido 94 programas, aún solo dos son integrados (ambos de la mujer) y solo el Programa del Niño Sano es común a todos los Equipos.

Por tanto, parece conveniente establecer los Objetivos Regionales de Salud de manera que les oriente y estimule y le permita la adaptación a las prioridades de su Zona de Salud.

Control y seguimiento de la hipertensión arterial (H.T.A.) desde una consulta programada de enfermería

Control / Hipertensión arterial / Enfermería.

Resumen

En el presente trabajo valoramos la eficacia de las consultas de enfermería en el control y seguimiento de los hipertensos diagnosticados en nuestra zona de salud.

El E.A.P. de San Javier, junto con sus dos Unidades Locales (Los Alcázares y Santiago de la Ribera), cuenta con una población total de 19.319 habitantes e inicia tres consultas de enfermería para controlar a los hipertensos captados desde las consultas médicas.

En el período comprendido desde enero de 1989 a diciembre del mismo año se realiza este trabajo.

El índice de captación de hipertensos asciende al 25% del total esperado en la Zona (487 hipertensos captados). El 70,02% fueron mujeres y el resto hombres.

La ganancia en normotensión al final del estudio ha sido del 49,69% incluyendo como hipertensos los valores de hipertensión límite.

Se concluye que el número de captados en edades avanzadas es muy alto y que se debieran mejorar los mecanismos de captación en grupos de 15-45 años; demostrándose que las consultas programadas de enfermería constituyen un instrumento eficaz en el seguimiento y control de la H.T.A.

Standards de crecimiento de talla, talla sentado y segmento corporal inferior en escolares de la Región de Murcia

Growth Standards / Height / Sitting height.

León, LP; Espín, Mi.; Giménez Belmonte, D.; Pérez Flores, D.; Cerezuela, P., Borrajo, E.

Departamento de Pediatría y Unidad de Bioestadística. Facultad de Medicina. Murcia. M^º. Isabel Espín Ríos - C/. Poeta Andrés Bolarín, 1. 30011 Murcia.

Resumen

Conociendo la influencia de la geografía, clima y condiciones socio-culturales sobre el crecimiento normal del individuo, se pretende elaborar gráficos de percentiles de talla, talla sentado y segmento inferior de niños de 6 a 11 años de nuestra Región. Al mismo tiempo se comparan los resultados de talla con los de otras comunidades con la intención de comprobar si difieren o no.

Se realiza un estudio transversal de crecimiento sobre una muestra de 720 niños de 6 a 11 años, estratificada por área sanitaria, grupo de edad, sexo y titularidad del colegio (público/privado). Se elaboran gráficos de percentiles de los parámetros somatométricos estudiados y los de talla se comparan con los de otros estudios calculando las puntuaciones standard y aplicando el test de Student de una muestra.

Como resultados se presentan los gráficos antes citados y los de las puntuaciones standard de la talla. Se constata que al comparar las curvas de talla de los escolares estudiados con los standards de otros estudios, se observan diferencias significativas en algunas edades y en la evolución, lo que justificaría la necesidad de elaborar patrones normales de crecimiento apropiados a nuestra Región.

"Programa de vacunación escolar curso 90-9" Objetivo 97%

Vacunas optimización / Organización.

José Luis Olivares (ATS), Antonia Sandoval (ATS), Eduardo González (Pediatra), Daniel Fenoll (Médico), José Luis García (ATS).

Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia.

José Luis Olivares. Servicios Municipales de Salud. Plaza Preciosa, 30003-Murcia.
Telfs. 24 70 62 - 24 71 12.

Resumen

Este es un trabajo de investigación/acción, enfatizando decididamente la acción.

Nuestro objetivo motor: subir la cobertura TV, Polio y Tétanos en preescolar, 1º y 3º de E.G.B. en el Municipio de Murcia desde 90% hasta el 97%. Revisando el estado vacunal de los 19.0004 matriculados. Integrando las fuentes de información. 14 equipos han trabajado con gran rigor metodológico durante 7 meses, bajo la dirección pegada al terreno, de Servicios Municipales de Salud, con evaluación continua de procesos y resultados, revisión y recodificación de los 19.0004 cuestionarios por la dirección. Se han demostrado altas coberturas previas al programa escolar. Finalmente se ha alcanzado 96'20% en 1º Pre., 95'26% en 2º Pre., 93'37% en 1º E.G.B. y 91'58% en 3º E.G.B. Hemos llegado a la conclusión de que es posible y necesario alcanzar una cobertura vacunal del 100%. Conseguirlo es cuestión de trabajo, rigor y sentido de la responsabilidad.

Nuestro objetivo para el curso 90-91, en 1º de preescolar es cobertura Triple Vírica 100%.

Evolución de la prevalencia de la infección tuberculosa en escolares de 1º de E.G.B. del municipio de Murcia. Años 1984 a 1990

Salud Escolar: Tuberculina.

Angotos, J.; Morillas, J.; Bañón, A.; Fenoll, D.; González, E.

Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia
Plaza Preciosa, 5 - 30008 Murcia

Resumen

Introducción: desde el curso 83/84 los Servicios Municipales de Salud del Ayuntamiento de Murcia incluyen en su P.S.E. la prueba de la tuberculina a los alumnos de 1º de E.G.B. Se ofrece la prevalencia de la infección tuberculosa en los 17.942 escolares desde la cohorte 1977 a 1983 a los que se les practica la prueba.

Objetivos: conocer la evolución de la prevalencia de la infección tuberculosa en las diferentes cohortes y comprobar si existen variaciones significativas en ellas. Conocer si existen diferencias significativas entre los grupos poblacionales (casco y pedanías) así como la adscripción a centros públicos o privados.

Material y métodos: La prueba se aplica a los escolares de 1º de E.G.B. del municipio de Murcia previa información y solicitud de autorización a los padres. La prueba empleada es la de Mantoux. La lectura se realiza a las 72 h. considerando positivos reacciones superiores a 6 mm. Ø de induración. Son objeto de estudio solo los escolares de la cohorte correspondiente y que no estén vacunados. Se someten a tratamiento estadístico (X² y test Fischer, los datos obtenidos para valorar si existen variaciones significativas.

Resultados: la prueba se aplica a 17.942 escolares. Los resultados de la prevalencia a lo largo de estos años van del 0'65% para cohorte del 77 al 0'73% de la cohorte del 83 con un pico en la cohorte del 79 para una prevalencia del 1'01. Por medio del test X² no se aprecian a lo largo de estos años variaciones estadísticamente significativas para las diferentes variables.

Comentarios y conclusiones: se aportan los resultados de una serie de 6 años consecutivos de aplicación de la prueba tuberculínica a escolares por su utilidad en el cribaje tuberc. en escolares debe mantenerse.

Evaluación de las actividades de incremento de la vacunación triple vírica

Vaccination / Measles / Mumps / Rubella.

Espín M.I., Quiles A.

Consejería de Sanidad. Sección de Salud Infantil
Ronda de Levante, 11 - 30008 Murcia

Resumen

A finales de 1988 y primer semestre de 1989, se observó un incremento del número de casos de Sarampión y Parotiditis en la Región. El 41% de casos eran prevenibles (pacientes afectados y no vacunados, nacidos entre 1980 y 1988). Ante esta situación se planteó el establecimiento de una serie de actividades, dirigidas al personal sanitario de Atención Primaria con el fin de que revisasen el carnet de vacunación y vacunasen en caso necesario a niños nacidos en los años 80, 81, 82, 83, 84 (cohortes más desprotegidas frente a estas enfermedades) y desarrollaran las actividades en el marco del Programa de Salud Escolar.

El número de dosis administradas en 1989 fue de 27.228, de las que 13.233 correspondían a las actividades extraordinarias de vacunación. La cobertura vacunal previa en las cohortes 1980-1984 eran del 67'3% y posteriormente resultó ser del 83'6%. La cobertura total regional hasta 1988 era del 77'5% pasando a ser del 89'4% una vez finalizadas las actividades de incremento.

A pesar de haberse incrementado las coberturas vacunales, en algunos municipios continúan siendo insuficientes. Para lograr en 1995 el 95% de cobertura vacunal a nivel regional y de áreas, es necesario desarrollar estrategias para continuar incrementando la vacunación Triple Vírica.

Lodoterapia en las charcas de Lo Pagán

Lodo / Balneoterapia / Aguas.

García Charcos, M.; Tudela Pallarés, J.; Conesa Fuentes, M.C.; Soto Sánchez, M.C.; Tornero, J.

Centro de Salud de San Pedro del Pinatar (Murcia)

Ramón J. Sender, nº 7-1º B. Cartagena (Murcia) - Telf. 11 08 44

Resumen

Se realiza un análisis de la población que utiliza las charcas de Lo Pagán para la lodoterapia. Intentamos captar la patología más frecuente, las reacciones alérgicas, si existen, condiciones sanitarias, presencia de sustancias vasodilatadoras en el lodo y posible mejoría de la enfermedad.

Para ello se escogieron al azar 84 personas, y fueron sometidas a un cuestionario de 33 ítems. Paralelamente se realizaron unas pruebas en 10 voluntarios para determinar la existencia de sustancias vasodilatadoras.

Obteniéndose los resultados siguientes:

No hubo ningún resultado positivo a la presencia de sustancias vasodilatadoras. Las charcas son aptas para el baño y lodoterapia. Los afectados por dolores musculares, mejoraron en un 90% de los casos, en un 82% los que padecían dolores articulares y un 88% de los que sufrían cefalalgias.

Para concluir, si bien no podemos establecer una relación directa, demostrada experimentalmente, entre las aguas-lodos y sus efectos curativos, a través de los testimonios recogidos queda patente el alivio sintomático de las patologías recogidas. Creemos, sin embargo, que este fenómeno es el resultado de varios factores climatológicos, psicológicos y químicos de estas aguas y lodos.



CAM

Caja de Ahorros
del Mediterráneo



ORGANIZAN:

Dirección General de Salud
de la Consejería de Sanidad

Sociedad Murciana de Medicina de Familia
y Comunitaria (SMMF y C)

Sociedad Murciana de Enfermería
en Atención Primaria (SEAP)

Colegio Oficial de Médicos
Colegio Oficial de ATS/DUE
Colegio Oficial de Veterinarios
Colegio Oficial de Farmacéuticos
Colegio Oficial de Trabajadores Sociales

COLABORAN:

Ayuntamiento de Murcia
Boehringer Mannheim
Molnlycke
Squibb, Industria Farmacéutica
Menarini, Diagnósticos
Uriach
Upjohn
Revista de Enfermería ROL
Laboratorios Leti, S.A.
Infutisa
Faroliva, S.A.
Productos La Ferreña
Hero España, S.A.
Central Lechera Murciana