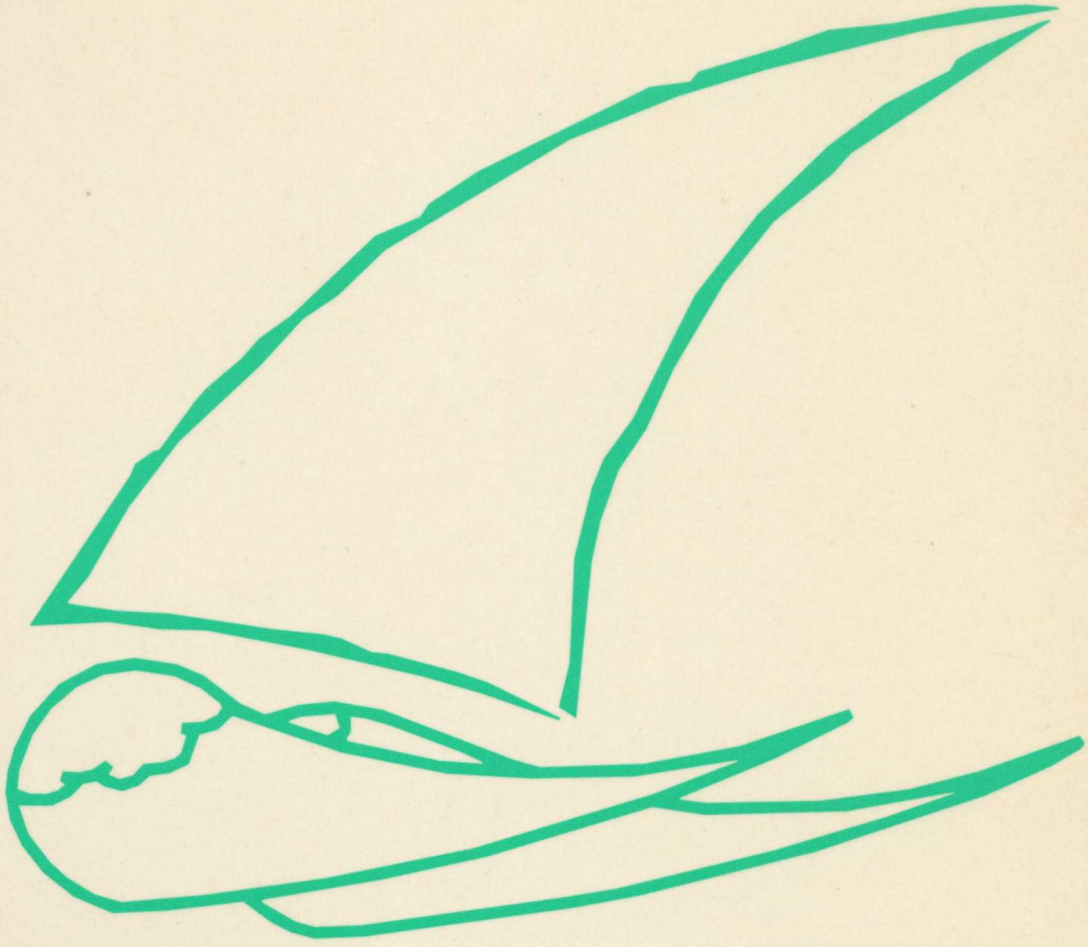
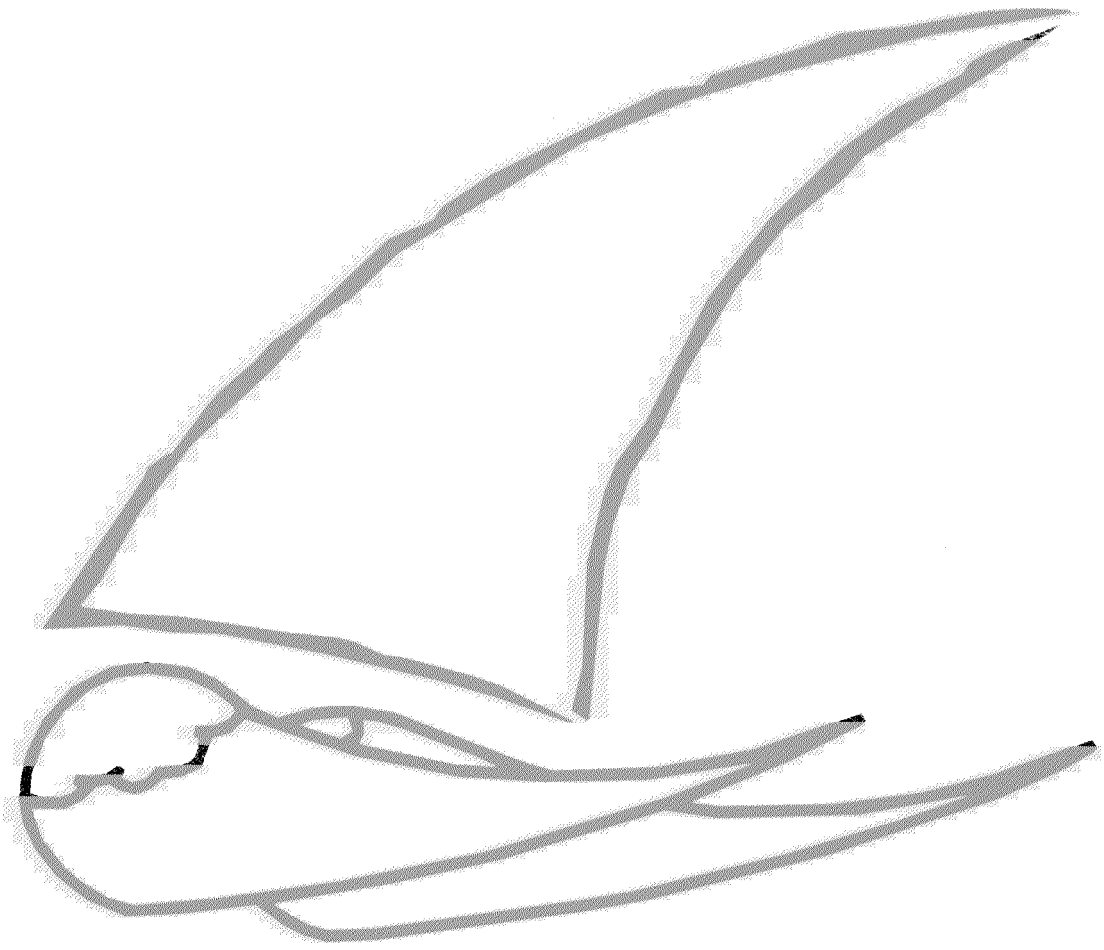


Segundo Congreso de Atención Primaria de Salud.

San Javier, 2, 3 y 4 de Abril de 1992

VII Congreso Regional de Medicina Familiar y Comunitaria.
IV Congreso Regional de Enfermeria de Atención Primaria.



Segundo Congreso de Atención Primaria de Salud.

San Javier, 2, 3 y 4 de Abril de 1992

VII Congreso Regional de Medicina Familiar y Comunitaria.
IV Congreso Regional de Enfermeria de Atención Primaria.

Segundo Congreso de Atención Primaria de Salud

San Javier, 2, 3 y 4 de Abril de 1992

VII Congreso Regional de Medicina Familiar y Comunitaria
IV Congreso Regional de Enfermería de Atención Primaria

Organizan:
Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Murcia
Dirección Territorial de INSALUD. Murcia
Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Murciana de Enfermería en Atención Primaria
Instituto para el Estudio del Envejecimiento
Sociedad Murciana de Geriatría
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de ATS/DUE de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Murcia

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

Sede del Congreso:
Salón de Actos del Parque Almansa. San Javier (Murcia)

INDICE

Pág.

Presentación 5

Comité de Honor 6

Comité Organizador 7

Comité Científico 8

Entidades Colaboradoras 9

Programa 11

Horario de Comunicaciones 15

Ponencias 19

- Cardiopatía Isquémica en Atención Primaria 21
- Programas Integrados de Salud 49
- Higiene de los Alimentos 63

Comunicaciones Orales 115

Comunicaciones en Panel 141

Presentación

La Salud se ha convertido en un valor individual y colectivo que forma parte de la cultura social y política de nuestro país, y que como tal ha sido recogido en la Constitución. En la sociedad murciana se aprecia una creciente preocupación por aquellos aspectos que inciden en el estado de salud de nuestra comunidad.

Hemos de tener en cuenta las necesidades existentes respecto a la salud, resultado de una mezcla de necesidades, aspiraciones y en todo caso conciencia y estima del derecho a la salud que siente la población, lo cual nos obliga a transmitir a la sociedad nuestros objetivos y propuestas para satisfacer o dar respuesta a tales aspiraciones.

Nuestra política sanitaria debe contribuir a reducir la incertidumbre y las confusiones que se están generando en torno a los servicios sanitarios, proporcionando un cuadro de referencia común para todas las actividades de salud en nuestra comunidad. Este no puede ser otro que el Plan Regional de Salud, orientado hacia una estrategia de prevención de carácter necesariamente multisectorial.

Resulta evidente que lo que se necesita es que, entre todos, promovamos el cambio cultural que este plan pretende y convencernos de que el objetivo último es conseguir que todo ciudadano tenga presente las consecuencias para la salud derivadas de sus decisiones cotidianas.

Lorenzo Guirao Sánchez
CONSEJERO DE SANIDAD

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. Lorenzo Guirao Sánchez
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

Iltmo. Sr. D. José M.ª López López
Director Territorial del Insalud

Iltmo. Sr. D. José Ruiz Manzanares
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de San Javier

Iltmo. Sr. D. Juan Escudero Sánchez
Alcalde del Excmo. Ayuntamiento de Los Alcázares

Iltmo. Sr. D. José Antonio Jara Muñoz
Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia

Iltmo. Sr. D. Prudencio Rosique Robles
Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia

Iltmo. Sr. D. Fulgencio Fernández Buendía
Presidente del Colegio Oficial de Veterinarios de Murcia

Iltmo. Sr. D. Diego Gutiérrez Gambín
Presidente del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Murcia

Iltma. 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:
Excmo. Sr. D. Lorenzo Guirao Sánchez

Presidente Ejecutivo:
Salomón Rivera Peñaranda

Vicepresidentes:
Julio López Picazo (SMMF y C)
Carmen Nicolás Marín (Sociedad Murciana de Enfermería de Atención Primaria de Salud)

Secretarios:
Juan José Pedreño Saura
José Carlos López Lacoma

Tesorero:
Ginés Lucerga Aranda

Vocales:
Pedro J. Martínez Serrano (Instituto para el Estudio del Envejecimiento)
José María Barba Martínez (Sociedad Murciana de Geriatría)
Juan Alarcón Collado (Vocal Médicos Titulares)
Blas Marsilla de Pascual (Colegio Veterinarios)
Francisca Jiménez Guillén (Colegio Farmacéuticos)
María Dolores Alarcón Nicolás (Colegio ATS/DUE)
Ramón López Hernández (Colegio Trabajadores Sociales)
Rafael González Tovar (Consejería de Sanidad)
José María López Lozano (D.T. de INSALUD)
Jesús Cañavate Egea (INSALUD)
Lourdes Gaona Gómez (C.S. San Javier)
Isabel Cascales Barceló (C.S. San Javier)
José A. Alarcón González (C.S. San Javier)
María José López Arroyo (C.S. San Javier)
Adela Huertas Mazón (C.S. San Javier)
Remedios Alonso Cerezo (C.S. San Javier)
María Dolores Lirón Ruiz (C.S. San Javier)
Manuela Romero Escribano (C.S. San Javier)
Ana Nieto Crespo (C.S. San Javier)
José A. Conesa Martínez (C.S. San Javier)

COMITE CIENTIFICO

Secretaría:
Lourdes Gaona Gómez

Vocales:
Pedro Alcántara Muñoz
Vicente Bosch Jiménez
Joaquín Chazarra Fuster
Soledad Lario Simón
Jerónimo Martínez Hernández
María Teresa Martínez Ros
Juan Francisco Menárguez Puche
Domingo Pérez Flores
Remedios Piqueras González
José Saura Llamas
Roger Soto Calpe
María José Tormo Díaz

ENTIDADES ORGANIZADORAS

Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Murcia.
Direccón Territorial del INSALUD. Murcia
Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad
Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Murciana de Enfermería en Atención Primaria
Instituto para el Estudio del Envejecimiento
Sociedad Murciana de Geriatría
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de ATS/DUE de Murcia
Ilustre Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Murcia

ENTIDADES COLABORADORAS

AYUNTAMIENTO DE LOS ALCAZARES
AYUNTAMIENTO DE SAN JAVIER

Laboratorios:
ABELLO
BEECHAM, S.A.
BOEHRINGER MANNEIM, S.A.
CIBA GEIBY, S.A.
DR. ESTEVE
FHER
ICI FARMA, S.A.
J. URIACH & CIA, S.A.
LACER, S.A.
MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A.
NOVO NORDISK FARMA, S.A.
SANOFI WINTHROP, S.A.
SQUIBB INDUSTRIA FARMACEUTICA, S.A.
ZYMA FARMACEUTICA, S.A.

OTRAS COLABORACIONES

Laboratorios FARMASIMES, S.A.
Laboratorios PENSA - MEDICA, S.A.
Laboratorios VIÑAS
Productos del Café
Comercial Roldán
Faroliva
Productos La Ferreña
Estrella de Levante, S.A.
Carbónica Murciana
Central Lechera Murciana
Continente. Cartagena
Consejería de Política Territorial, Obras Públicas y Medio Ambiente. Comunidad Autónoma de Murcia
Medibay
Editorial Planeta
Dirección General de Turismo

PROGRAMA

JUEVES 2

17'00 h. Entrega de documentación.

18'00 h. Sesión Inaugural

ACTO DE APERTURA

- Sr. D. José Ruiz Manzanares
  (Alcalde del Ayuntamiento de San Javier).
- Excmo. Sr. D. Lorenzo Guirao Sánchez
  (Consejero de Sanidad).
- Excma. Sra. D.ª Concepción Sáenz Lain
  (Delegada del Gobierno en Murcia).

CONFERENCIA INAUGURAL:

"Situación actual y perspectivas de la Atención Primaria"

- Ilmo. Sr. D. José Conde Olasagasti
  (Director General del INSALUD).

ACTUACION DEL BALLET ESPAÑOL DE MURCIA

21'00 h. Recepción y vino de bienvenida

VIERNES 3

9'30 h. Ponencia: Cardiopatía Isquémica en Atención Primaria.

Directores:
- D. Manuel Villegas García
  (Especialista MF y C y Cardiología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia).
- D. José M.ª Sánchez de Toro Larios
  (Especialista MF y C Centro Salud Barrio del Carmen. Murcia).

Ponente:
- Doña M.ª de los Angeles Sánchez Turpín
  (D.U.E. Centro Salud de Archena. Murcia).

11.00 h. Descanso (café).

11.30 h. Comunicaciones Orales

Moderador:
- Juan Francisco Menárguez Puche (Médico MF y C).

14.00 h. Comida de trabajo en Santiago de La Ribera

Restaurantes:
- Centro Cultural Príncipe de Asturias.
- El Señorío.

17'00 h. Ponencia: Programas Integrados de Salud

Coordinador:
- D. Francisco Molina Durán (Unidad docente de MF y C de Murcia).

Ponentes:
- D. Miguel Angel Díez García
  (Especialista MF y C. Centro Salud Casa del Barco. Valladolid).
- D.ª Mercedes González García
  (Especialista MF y C. Centro Salud de Palencia).
- D.ª Laura Lecumberry Esparza (DUE. Centro Salud de Ansoain. Navarra).
- D.ª Paz Ausejo Garriz (Ginecóloga. Centro Salud de Ansoain. Navarra).
- Amparo Gómez Arranz (Especialista MF y C. Centro Salud Casa del Barco. Valladolid).
- Rebeca Suárez (Especialista MF y C. Centro Salud San Antón. Cartagena).
- Navitidad Antolín Bravo (Trabajadora Social. Centro Salud San Antón. Cartagena).

19'00 h. Comunicaciones orales

Moderador:
- Pedro Alcántara Muñoz (Médico MF y C).

9'30 h. Ponencia: Higiene de los alimentos.

Director:

- D. Blas Marsilla de Pascual (Veterinario. Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad. Murcia).

Ponentes:

- D.ª M.ª Luisa Usera Clavero (Médica. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad. Murcia).
- D. Jerónimo Rueda Salmerón (Médico E.A.P. Centro Salud Sta. María de Gracia. Murcia).

11'00 h. Descanso (café).

11'30 h. Comunicaciones orales.

Moderador:

- D. Vicente Bosch Jiménez (Profesor Titular de Pediatría. Universidad de Murcia).

14'00 h. Comida de trabajo en Santiago de La Ribera.

Restaurantes:

- Centro Cultural Príncipe de Asturias.
- El Señorío.

17'00 h. Mesa Redonda: Uso de medicamentos.

Moderador:

- D. Pedro Saturno Hernández (Profesor Medicina Preventiva. Universidad de Murcia).

Intervienen:

- D. José M.ª López López (Director Territorial. INSALUD. Murcia).
- D. Manuel Romero Mas (Inspector Farmacéutico. INSALUD. Murcia).
- D. José López Guijarro (Asociación Consumidores de Valencia).

19'00 h. Informe del Comité Científico.

- Entrega de premios a las mejores comunicaciones.

19'15 h. Acto de Clausura.

- D. Juan Escudero Sánchez (Alcalde del Ayuntamiento de Los Alcázares).
- Ilmo. Sr. D. José María López López (Director Territorial del INSALUD en Murcia).
- Ilmo. Sr. D. Francisco Martínez Pardo. (Director Gerente del Servicio Murciano de Salud).

20'00 h. Asambleas Anuales Ordinarias de Sociedades Científicas.

- Enfermería en Atención Primaria.
- Medicina Familiar y Comunitaria.

22'00 h. Cena de Clausura.

Restaurante "El Señorío". Santiago de La Ribera.

HORARIO DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

Viernes 3 de Abril de 1992 - 11'30 h. - Sala Principal

11'30 h. Distribución, según deciles de riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica de la población masculina adscrita a un centro de salud.

11'40 h. Estudio de factores de riesgo cardiovasculares en la Región de Murcia: resultados de la fase piloto.

11'50 h. Tabaquismo en los profesionales de Atención Primaria.

12'00 h. Tratamiento con nicardipina de 115 ancianos con hipertensión arterial ligera moderada.

12'10 h. Educación diabetológica en Atención Primaria: resultados de la I Colonia de Verano para diabéticos juveniles del Bajo Guadalentín.

12'20 h. Portadores asintomáticos de anticuerpos contra el VIH. Incidencia y problemática actual en nuestro medio.

Viernes 3 de Abril de 1992 - 19'00 h. - Sala Principal

19'00 h. El diagnóstico de salud participativo como marco para los Programas Integrados de Salud. Experiencia del Centro de Salud de La Ñora.

19'10 h. Actividades de prevención realizadas en un centro de salud antes de la implantación de un programa específico.

19'20 h. Control de calidad de actividades del programa del niño sano.

19'30 h. Evaluación de un subprograma de embarazo, tras cinco años de funcionamiento.

19'40 h. Evaluación del subprograma de diagnóstico precoz del cáncer de cervix.

19'50 h. Screening de cáncer de cervix en un centro de salud.

COMUNICACIONES ORALES

Sábado 4 de Abril de 1992 - 11'30 h. - Sala Principal

11'30 h. Evaluación de la calidad microbiológica de los alimentos servidos en bares de un municipio de la CARM (Totana).

11'40 h. Estudio comparativo de salud bucodental en tres colegios de la Región de Murcia. (Urbano, periurbano y rural). Período 89-90.

11'50 h. Consumo de alcohol en escolares de 7.º de EGB. Resultados preliminares.

12'00 h. Análisis de distintas fuentes de datos disponibles sobre recién nacidos en la Región de Murcia.

12'10 h. La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación.

12'20 h. Auditoría y estudio de un protocolo de curas en una consulta de enfermería a demanda.

PONENCIAS

Ponencia:

CARDIOPATIA ISQUEMICA EN ATENCION PRIMARIA

AUTORES:

María García Charcos
M.ª Angeles Sánchez Turpín
Carmen Terry Osset
D.U.E. Centros de Salud (S. Pedro del Pinatar, Archena)
y Hospital Virgen de la Arrixaca

Manuela Pérez Jiménez
M.ª Luisa Barceló Aparicio
T. Social Centro de Salud (Torre Pacheco y La Unión)

Manuel Villegas García
Médico Especialista en MF y C y Cardiología

José María Sánchez de Toro Larios
Médico Especialista en MF y C Centro de Salud B.º del Carmen

"Pero existe un trastorno torácico caracterizado por síntomas intensos y peculiares, notable por el riesgo que llega asociado, y no extremadamente raro, que merece comentarse en detalle. La localización del mismo, junto con la sensación de asfixia y la ansiedad que acompaña a su presentación hacen que no sea incorrecto denominarlo angina de pecho". ***William Heberden (1710-1801).***

"Los errores en el juicio pueden ocurrir en la práctica de un arte que consiste en buena parte en sopesar probabilidades". ***Sir William Osler, 1882.***

SUMARIO

1. Introducción. Epidemiología. Papel de los factores de riesgo
2. Factores de riesgo mayores y otros factores
3. Prevención primaria de la aterosclerosis coronaria:
   - El enfoque comunitario
   - El enfoque individual
     A) Hipercolesterolemia
     B) Hipertensión arterial
     C) Tabaco
     D) Diabetes mellitus
     E) Obesidad
     F) Anticonceptivos
     G) Vida sedentaria
   - Factores no convencionales:
     A) Aspirina
     B) Aceites de pescado
   - Intervención
4. Formas de presentación
5. Valor de métodos diagnósticos
6. El establecimiento del riesgo. Pronóstico
7. Modo de actuación
8. Prevención secundaria y rehabilitación
   - Factores convencionales:
     A) Hipercolesterolemia
     B) Hipetensión
     C) Tabaco
   - Otros factores
     • Fármacos:
       A) βBloqueantes
       B) Antagonistas del Ca
       C) Antiarrítmicos
       D) Antiagregantes
       E) Anticoagulantes
       F) Aceites de pescado
     • Rehabilitación:
       A) Regreso al trabajo
       B) Actividad física
9. Conclusiones
10. Bibliografía

1. INTRODUCCION. EPIDEMIOLOGIA. PAPEL DE LOS FACTORES DE RIESGO

Con la introducción de la antibioterapia, el aumento del nivel socioeconómico y el cambio de los hábitos de vida, empiezan a aparecer con una mayor frecuencia otras enfermedades no infecciosas, que progresivamente hacen estragos en los países occidentales, tales como la cardiopatía isquémica.

Aunque la Cardiopatía Isquémica (CI) es rara antes de los 30 años, su elevada incidencia en la población entre los 40 y 65 años, hace que sea uno de los problemas más serios y costosos de salud en naciones industrializadas. Como datos orientativos, se calcula que en EEUU viven más de cuatro millones de pacientes con CI crónica menores de 60 años, causando en ese país cerca del 40% de todas las muertes.

Un estudio de la O.M.S., estima una incidencia del primer infarto de miocardio (IM) en varones de 50-54 años de 9'5 por mil en Helsinki y de 1'4 por mil en Sofía, teniendo valores intermedios ciudades del centro y oeste de Europa.

En España la tasa de mortalidad estandarizada por edad en varones de 30-69 años, se ha incrementado en un 50% entre los años 1970-1980 pasando del 43 al 80 por cien mil habitantes, mientras en países como EEUU o Australia se conseguía un descenso en la mortalidad de igual cuantía.

Son múltiples los factores que se han especulado como responsables de la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad de los últimos 20 años en EEUU, aunque es difícil precisar cada cual en qué porcentaje: cambios en el estilo de vida, alimentación, ejercicio físico, control de la tensión arterial y un menor consumo de tabaco, así como los avances terapéuticos son algunos de los más importantes.

En nuestra Comunidad Autónoma, un estudio realizado por la Sección de Epidemiología, no encontró diferencias significativas de mortalidad cardiovascular total, respecto al resto de España. La mortalidad por infarto se sitúa en torno al 66,2 por cien mil en hombres y el 37'6 por cien mil en mujeres. Sin embargo, a partir de 1990, se observa un incremento de la población con factores de riesgo de CI, fundamentalmente a expensas del tabaco y la inactividad física. Así, mientras la media de fumadores en España es del 38'8%, en Murcia es del 40%. De igual forma la tasa de sedentarismo es del 26'1% frente al 20'9% del resto de España.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la aterosclerosis puede ser prevenida y su progresión retardada con el control de una serie de factores. Marcadores estadísticos que identifican al grupo de población con mayor riesgo de presentar la enfermedad en los próximos años. No obstante, se ha demostrado un elevado grado de variabilidad individual aun dentro de los grupos más homogéneos. Los resultados de estos estudios, dejan claro que una parte esencial de la práctica clínica de todo el Equipo de Atención Primaria es ayudar a sus pacientes a disminuir la probabilidad de un evento coronario.

No es fácil abarcar en tan corto espacio de tiempo y de una forma interdisciplinaria

el amplio abanico que representa hoy en día la cardiopatía isquémica. Hemos pretendido por ello, dar un enfoque parcial del tema, centrándonos en aquellos puntos que pensamos son de interés en el campo de la Atención Primaria, desde aquel paciente asintomático con factores de riesgo que acude por otro motivo o en demanda de consejo a nuestra consulta, hasta aquel paciente ya diagnosticado de cardiopatía isquémica en el que tenemos necesariamente que valorar de forma adecuada el riesgo potencial y pronóstico para, con arreglo a ello, adoptar una conducta determinada, sin olvidar algunos aspectos de prevención secundaria y rehabilitación. No pretendemos entonces reiterar los aspectos etiológicos, clínicos y terapéuticos de esta entidad, que se encuentran en multitud de textos de forma exhaustiva y que podemos consultar en un momento determinado.

2. FACTORES DE RIESGO MAYORES Y OTROS FACTORES

La presencia de un factor de riesgo implica que un individuo con ese marcador es más probable que desarrolle alguna sintomatología aterosclerótica que otro que no lo tenga. El uso inapropiado de este término puede inducir a errores diagnósticos. Algunos de estos factores no son modificables, como la edad, sexo y la herencia; aunque no vamos a poder actuar sobre ellos, nos van a indicar los sujetos con riesgo potencial alto. Otros, al menos en parte, sí son modificables al estar influidos de forma notable por el entorno dietético, psicosocial, metabólico o cardiovascular.

El papel específico desempeñado por cada factor asociado con un incremento de la aterosclerosis todavía no se conoce con exactitud, aun así unos factores parecen tener mayor relevancia y por ello se conocen como "mayores".

El valor predictivo de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica es controvertido. Una historia familiar de angina, infarto o muerte súbita es estadísticamente significativa si ocurre antes de los 60 años.

El sexo masculino está bien documentado y establecido como factor de riesgo, sobre todo en población no blanca. Los estrógenos se postularon como "protectores" de cardiopatía isquémica, sin embargo de forma paradójica, el tratamiento con dosis elevadas de estrógenos, incrementó la mortalidad cardiovascular en hombres con carcinoma de próstata, por lo que la causa permanece oscura.

Factores de riesgo mayores

Hipercolesterolemia

De los factores de riesgo conocidos de cardiopatía isquémica, el colesterol plasmático total es el factor determinante más importante. Así el estudio de Framingham demostró

un incremento gradual en la incidencia de la enfermedad hasta multiplicarse por cuatro al pasar desde niveles de 180 mg/dl hasta mayores de 260 mg/dl.

Existen grandes variaciones individuales en lo concerniente a la relación entre la ingesta diaria de grasa y los niveles plasmáticos de colesterol, así como una variación intrínseca entre individuos que consumen la misma dieta pero que responden de forma diferente a la misma.

El estudio de los siete países *(figura 1)* explicó el 64% de la variación de las tasas de mortalidad, por esta causa observada entre los grupos, y los valores medios de colesterol se correlacionaron con las tasas de mortalidad por CI. Ningún otro de los factores conocidos relacionados con la cardiopatía coronaria explicó por sí mismo esta variación.

Por otra parte, dentro de una misma población, la asociación entre colesterol y CI es igualmente significativa, observándose en ambos sexos. En la *figura 2* se aprecia la relación encontrada en el M.R.F.I.T. que muestra una clara relación dosis/efecto similar a la del estudio Framingham.

A medida que se dispusieron de métodos habituales para la determinación de las distintas fracciones de colesterol, se vio que el riesgo de cardiopatía coronaria aumentaba con los niveles de LDLc y que existía una relación inversa con los niveles de HDLc (su disminución de 60 a 30 mgrs/dl duplica el riesgo). Por ello, una cifra de colesterol total aun siendo normal pueden implicar un riesgo aumentado si las cifras de HDL colesterol están bajas.

Hipertensión

Los pacientes hipertensos muestran aceleración de su aterogénesis (los mecanismos no están claros), incremento en la incidencia de coronariopatía y de enfermedad cerebrovascular.

Son múltiples los estudios que han establecido a la hipertensión arterial fija o lábil, sistólica o diastólica, como un factor independiente de riesgo coronario, de gran importancia si coincide con otros factores (tabaco, diabetes, etc.), en particular si se asocia a hipercolesterolemia.

La mayoría de trabajos coinciden en que cuanto mayor es la tensión arterial sistólica parece ser mayor el riesgo. Sin embargo, según algunos estudios la relación entre tensión arterial diastólica y mortalidad total es más compleja que un aumento lineal (14). Esta relación, al parecer, tiene una forma de U o J, de manera que tensiones diastólicas por debajo de 85-90 mm. de Hg según estos mismos autores podrían aumentar el riesgo de mortalidad tanto cardiovascular como no cardiovascular. Esto ha motivado gran controversia y las más variadas especulaciones acerca de su mecanismo: presión de perfusión coronaria crítica, mala función ventricular, deterioro general, etc.

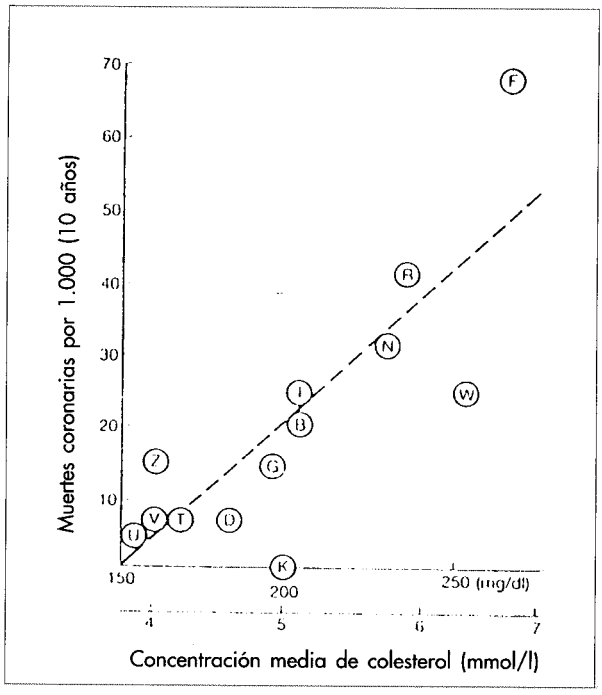


Figura 1

Relación entre el colesterol medio en distintos países y las tasas de mortalidad por CC. Relación del nivel plasmático medio de colesterol con la tasa de mortalidad por CC a los 10 años, en 16 cohortes de varones del Estudio de los Siete Países. B=Belgrado (Yugoslavia); D=Dalmacia (Yugoslavia); F=Finlandia oriental; G=Corfú; I=Italia (ferroviarios); K=Creta; N=Zutphen (Holanda); T=Tanushimaru (Japón); R=América (ferroviarios); U=Ushibuka (Japón); V-Velike Krsna (Yugoslavia); W=Finlandia occidental; Z=Zrenjanin (Yugoslavia). (Tomada de Keys A. Seven countries. A multivariate analysis of death and coronary heart disease. Harvard University Press, 1980).

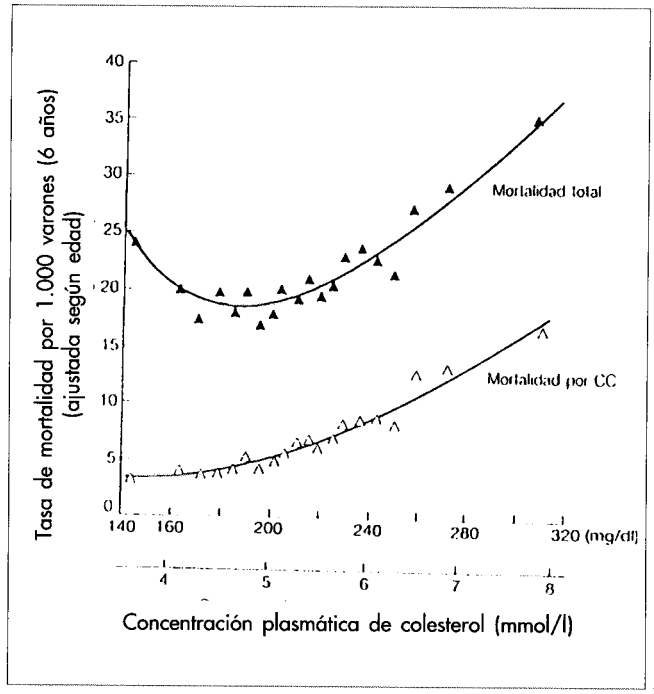


Figura 2

Relación entre colesterol plasmático y CC. MRFIT Study. (Martin M. et al. Lancet 1986; 2:933-936).

Tabaco

Es considerado como el factor de riesgo modificable más común e importante. El riesgo de infarto se correlaciona con el número de cigarrillos y es sinérgico con otros factores; aun fumadores moderados pueden duplicar o triplicar el riesgo de un evento coronario. El riesgo parece ser menor en pipa o cigarro y no disminuye con el empleo de los cigarrillos bajos en nicotina. Parece que lo importante no es la calidad sino la cantidad de tóxico. De las sustancias tóxicas del tabaco, la nicotina y el monóxido de carbono, parecen las responsables del aumento de riesgo de CI.

El tabaco disminuye las HDL, aumenta los niveles de fibrinógeno y la inestabilidad eléctrica miocárdica, pudiendo producir lesión endotelial directa. Después de abandonar el tabaco el riesgo disminuye rápidamente (50% en el primer años) hasta alcanzar el nivel de los no fumadores después de 10 años.

Según el estudio Framingham, el tabaco no es un factor de riesgo en las mujeres mientras están en edad fértil, sin embargo asociado a la anticoncepción hormonal el riesgo puede multiplicarse por siete.

En un estudio de Collishaw y Mulligan, nuestro país ocupa el sexto lugar en cuanto a consumo de tabaco, siendo la tasa de fumadores del 38'8% y del 40% en nuestra Comunidad Autónoma.

Igualmente, colectivos ejemplarizantes como el personal sanitario y maestros fuman más que la población general.

Otros factores

Factores psicosociales

Si bien son clasificados genéricamente, como otros factores de riesgo a añadir a los factores mayores, se puede sostener que los aspectos emocionales, personales, laborales y sociales de los sujetos han de ser tenidos en cuenta a la hora de interpretar y tratar la enfermedad y por tanto son relevantes desde un punto de vista preventivo. Detacamos la dificultad de evaluación de las variables psicosociales, ya que se evalúa calidad de vida.

Si bien la enfermedad cardiovascular no es una enfermedad moderada, el rápido proceso de transformación del medio sociolaboral, familiar y urbanístico, con los consiguientes problemas adaptativos han originado acontecimientos sociales estresantes (incongruencia social, pérdida de familiares, insatisfacción familiar, situaciones sociales negativas, acumulación de estrés en el trabajo, urbanismo, etc.).

Ciertas características de comportamiento y atributos aparecen asociados con alta incidencia de enfermedad coronaria. Friedman y Rosenman describieron un tipo A de personalidad con prisa, hostilidad, agresividad, ambicioso, competitivo, impaciente,

presionado y frustrado que aparentemente dobla el riesgo de enfermedad coronaria independientemente de otros factores. Los datos, no obstante, son inconsistentes.

Sobre todo en países industrializados diversos estudios epidemiológicos, fundamentalmente retrospectivos, sugieren que los individuos con una actividad física vigorosa tienen una menor mortalidad por enfermedad coronaria. La vida sedentaria tiene importancia cuando otros factores de riesgo están también presentes. El hecho de existir una relación entre la frecuencia cardíaca en reposo y la mortalidad que surgió del estudio Framingham indirectamente sugiere también ésto. El entrenamiento físico se asocia con un menor riesgo coronario y en ello se implica un aumento de las HDL especialmente HDL2 y niveles de lipoproteinlipasa, pérdida de peso, disminución de la TA, descenso del tabaco, etc.

Diabetes

La relación entre el riesgo de CI y diabetes está bien establecida. El riesgo parece duplicarse tanto en la diabetes insulin-dependiente como en la no insulin-dependiente.

Los mecanismos básicos asociados con la proliferación de células musculares lisas en el mesangio renal en las complicaciones renales de los diabéticos, así como el aumento del grosor de la membrana basal capilar en pacientes diabéticos con enfermedad microvascular presentan algunas similitudes con la aterogénesis.

Son varios los factores implicados: disminución en las HDL-colesterol, mayor incidencia de hipertensión arterial, incremento en la agregabilidad plaquetar.

El riesgo de enfermedad cardiovascular del individuo fumador, con hipercolesterolemia o hipertensión arterial se multiplica por tres o cuatro si existe diabetes. La intolerancia a Hidratos de Carbono también podría aumentar el riesgo coronario aunque requiere otros estudios al respecto.

Obesidad, hipertrigliceridemia

La obesidad e hipertrigliceridemia son otros de los factores menores adicionales, independientes, asociados a la cardiopatía isquémica. Predisponen además a la hipertensión arterial, diabetes, hiperinsulinemia, hiperlipemia e hiperuricemia.

Fibrinógeno

Los niveles de fibrinógeno están significativamente relacionados con la presión arterial, el hematocrito, la adiposidad, el consumo de cigarrillos y la diabetes. Sin embargo, el fibrinógeno también contribuye de forma independiente a la aparición de coronariopatía. El impacto relativo de la elevación de fibrinógeno, es mayor en candidatos coronarios más jóvenes.

3. PREVENCION PRIMARIA DE LA ATEROSCLEROSIS CORONARIA

El enfoque comunitario

La OMS recomienda un enfoque comunitario con el fin de modificar los hábitos de vida y las características ambientales en las zonas con alta incidencia de enfermedad coronaria, que parecen ser las causas subyacentes de la enfermedad.

La mayoría de los estudios de prevención primaria, para ser razonablemente efectivos en relación con su coste, han incluido un número considerable de personas sanas, que tenían mayor probabilidad de tener un evento coronario a corto plazo; sin embargo, es objeto de controversia la aplicación o no de los datos que derivan en estos estudios en esta población de alto riesgo a la población general. El reto que plantea la alteración de múltiples factores de riesgo en una población que vive aparentemente sana, con una limitada motivación por los cambios del estilo de vida, limita las probabilidades de aceptación de dichos cambios.

En los ensayos de intervención múltiple de factores de riesgo coronario, la aparición durante el tiempo que se llevan a cabo estos estudios, de modificaciones al margen en los hábitos generales de la población, inducidos por las "modas", se convierten en variables que inducen a consufión, al disminuir el riesgo y la mortalidad esperada en los grupos control e impidiendo en algún caso la aparición de diferencias significativas entre la mortalidad de los grupos estudiados. No obstante, la hipercolesterolemia, el tabaco y la hipertensión arterial son como conocemos factores de riesgo independientes para enfermedad coronaria y multiplican la mortalidad hasta por trece dependiendo de la combinación con otros factores. El informe del grupo europeo de la OMS en la prevención de factores de riesgo coronario fue el primero en documentar la eficacia, aceptabilidad y seguridad de las modificaciones en el estilo de vida y disminución de los factores de riesgo. Hubo una reducción del 7% en las muertes por cardiopatía isquémica y del 14'8% de infartos no fatales en un período de 6 años sin efecto adverso sobre la mortalidad no cardíaca.

Las estrategias incluyen la educación a todos los niveles y tienen como objetivo mejorar los hábitos nutricionales para lograr la disminución del nivel medio de colesterol de la población y un control del sobrepeso, una menor ingesta de sodio y el abandono de hábitos como el tabaquismo.

Para conseguir estos objetivos recordamos la importancia de un diagnóstico de salud de la comunidad, anterior a cualquier medida de carácter preventivo. Los recursos de que dispone esta comunidad, son un instrumento más a utilizar por el profesional de atención primaria, en su labor de prevención y promoción. Teniendo como premisa, que el estilo de vida de una persona, está condicionado por el aprendizaje y el entorno social, un objetivo paralelo a la atención individualizada es la recuperación del ámbito socio-familiar.

El enfoque individual

Algunos autores recomiendan la intervención selectiva sobre individuos de alto riesgo en los que los estudios, hasta el momento, han dado informes más convincentes. Este enfoque individual depende de la identificación de factores de riesgo en individuos asintomáticos y la valoración del riesgo coronario por medio de los datos del examen médico de rutina y en pacientes seleccionados por pruebas y exámenes complementarios.

Las recomendaciones a un individuo deben de ser basadas en la situación de cada persona, sobre todo si tenemos en cuenta que muchos adultos tienen factores de riesgo con anormalidades marginales. De esta forma, una historia familiar de cardiopatía isquémica precoz puede ser una indicación para valorar el riesgo coronario con exámenes complementarios en sujetos menores de 20 años.

Aunque el concepto de factor de riesgo coronario está ampliamente aceptado en la actualidad, y la disminución del riesgo parece razonable y deseable, no existen en la mayoría de los casos, datos **absolutos** que confirmen o rechacen la suposición de que la modificación de riesgo pueda prevenir o retardar la aparición de la aterosclerosis o de sus manifestaciones clínicas en un individuo en concreto. Esto es debido en parte a que a pesar de la congruencia entre la evidencia epidemiológica y los datos clínicos la eficacia de una intervención es difícil de valorar tanto en prevención primaria como secundaria.

A) Hipercolesterolemia

Son muchos los autores que aconsejan determinar los niveles de colesterol a todos los pacientes entre 25 y 60 años que consultan por cualquier motivo. Estudios como el Lipid Research Clinics Trial y el Helsinki Heart Study que demuestran con tratamiento una disminución de la incidencia de cardiopatía isquémica del 19 y 34%, respectivamente, hacen difícil oponerse a esta idea. Sin embargo, los resultados de esos estudios se plantean en términos de disminución relativa del riesgo. Desde el punto de vista de disminución absoluta del riesgo, los resultados serían del 1'7 y 1'4%, respectivamente. En el caso del Lipid Research Clinics Trial esto implicaría que para evitar un infarto habría que determinar el colesterol a 7.567 varones entre 35 y 59 años, tratar a 59 personas durante 7 años de los que no se beneficiarían del tratamiento 58, y se darían 5 casos de cardiopatía isquémica.

Si consideramos en un varón fumador de 40 años con valores de TA por encima del percentil 90 e hipercolesterolemia por debajo de 350 mg/dl se calcula que una reducción de un 20% de sus niveles de colesterol añadiría 18 meses a su expectativa de vida, mientras que el abandono del tabaco añadiría 63 meses. Por todo ello nuestras recomendaciones y de acuerdo con la Sociedad Española de Aterosclerosis y la Sociedad Española de Cardiología en su programa DECOR establecemos las

siguientes medidas en función de las cifras de colesterol total, triglicéridos y HDLc (addendum) y cuyo objetivo es mantener el colesterol total y triglicéridos por debajo de 200 mg/dl y HDLc por encima de 35 mg/dl.

El colesterol del niño podría ser el parámetro con mayor valor predictivo del colesterol de la edad adulta y por tanto sería, según un reciente estudio epidemiológico en nuestro país, un marcador temprano del riesgo de cardiopatía isquémica, la aterosclerosis además se inicia en la niñez y es además en esta edad, cuando se forman los hábitos alimenticios, de consumo de tabaco y actividad física. Sería la niñez el momento adecuado para iniciar la prevención primaria de la aterosclerosis mediante el control de los factores de riesgo.

Respecto al screening de colesterol se recomienda:

- Determinación de colesterol a los varones de 25-60 años con algún otro factor de riesgo mayor y mujeres entre 45-60 años. Niños con alto riesgo (antedentes familiares).
- Cualquier persona que lo solicite.
- Detección oportunista aprovechando la realización de analítica por otro motivo.

B) Hipertensión arterial

El efecto beneficioso del control de la TA no ha disminuido el número de accidentes coronarios como lo ha hecho con los cerebrovasculares. Se ha implicado el pequeño tamaño muestral de los estudios, número de eventos y el efecto adverso de algunos antihipertensivos (tiacidas y algunos betabloqueantes: hiperglucemia, hiperlipemia, etc.). No obstante, un descenso significativo en la mortalidad coronaria se ha visto en algunos trabajos en mayores de 65.

El empleo de βbloqueantes para el control de la tensión arterial ha reducido el número de episodios pero no sabemos qué tanto por el fármaco. Se desconoce el efecto a largo plazo, sobre la mortalidad por cardiopatía isquémica, de los tratamientos actuales (IECA, Antagonistas del calcio).

C) Tabaco

El beneficio del abandono del hábito de fumar está muy bien documentado, con descenso del riesgo de enfermedad arterial coronaria, que comienza al cabo de un mes de su abandono y es mayor cuanto más importante fuera el hábito del sujeto. El descenso progresivo en el riesgo coronario cesa después de 10 años del abandono.

El estudio Kaiser-Permanente, después de los ajustes en las diferencias principales de otros factores de riesgo establece un riesgo relativo de morir de enfermedad coronaria entre los fumadores 2'2 veces mayor que en los ex-fumadores y no fumadores.

La prevención primaria debe ir encaminada a advertir a la población joven de los beneficios de no fumar. Este planteamiento debe ser introducido en la educación

siguientes medidas en función de las cifras de colesterol total, triglicéridos y HDLc (addendum) y cuyo objetivo es mantener el colesterol total y triglicéridos por debajo de 200 mg/dl y HDLc por encima de 35 mg/dl.

El colesterol del niño podría ser el parámetro con mayor valor predictivo del colesterol de la edad adulta y por tanto sería, según un reciente estudio epidemiológico en nuestro país, un marcador temprano del riesgo de cardiopatía isquémica, la aterosclerosis además se inicia en la niñez y es además en esta edad, cuando se forman los hábitos alimenticios, de consumo de tabaco y actividad física. Sería la niñez el momento adecuado para iniciar la prevención primaria de la aterosclerosis mediante el control de los factores de riesgo.

Respecto al screening de colesterol se recomienda:

- Determinación de colesterol a los varones de 25-60 años con algún otro factor de riesgo mayor y mujeres entre 45-60 años. Niños con alto riesgo (antedentes familiares).
- Cualquier persona que lo solicite.
- Detección oportunista aprovechando la realización de analítica por otro motivo.

B) Hipertensión arterial

El efecto beneficioso del control de la TA no ha disminuido el número de accidentes coronarios como lo ha hecho con los cerebrovasculares. Se ha implicado el pequeño tamaño muestral de los estudios, número de eventos y el efecto adverso de algunos antihipertensivos (tiacidas y algunos betabloqueantes: hiperglucemia, hiperlipemia, etc.). No obstante, un descenso significativo en la mortalidad coronaria se ha visto en algunos trabajos en mayores de 65.

El empleo de βbloqueantes para el control de la tensión arterial ha reducido el número de episodios pero no sabemos qué tanto por el fármaco. Se desconoce el efecto a largo plazo, sobre la mortalidad por cardiopatía isquémica, de los tratamientos actuales (IECA, Antagonistas del calcio).

C) Tabaco

El beneficio del abandono del hábito de fumar está muy bien documentado, con descenso del riesgo de enfermedad arterial coronaria, que comienza al cabo de un mes de su abandono y es mayor cuanto más importante fuera el hábito del sujeto. El descenso progresivo en el riesgo coronario cesa después de 10 años del abandono.

El estudio Kaiser-Permanente, después de los ajustes en las diferencias principales de otros factores de riesgo establece un riesgo relativo de morir de enfermedad coronaria entre los fumadores 2'2 veces mayor que en los ex-fumadores y no fumadores.

La prevención primaria debe ir encaminada a advertir a la población joven de los beneficios de no fumar. Este planteamiento debe ser introducido en la educación

primaria y se debe acompañar como consejo a las familias que tengan hijos para no introducir estos hábitos dentro del ambiente familiar y escolar. Sería de igual importancia recomendar entre el personal sanitario y otros colectivos ejemplarizantes el cese del hábito tabáquico, o cuando menos durante su actividad profesional.

La OMS en uno de sus últimos informes se pronunció por una restricción en los puntos de venta, eliminando las máquinas de fácil acceso, y prohibiendo su venta en centros sanitarios, escolares, etc.

El Real Decreto 709/1988 estableció por primera vez en España la prohibición de venta de tabaco a los menores de 16 años. De igual forma se han restringido las zonas de fumadores en multitud de transportes y locales públicos.

D) Diabetes mellitus

La detección y el tratamiento precoz de la diabetes puede reducir el riesgo de CI. Aquí la corrección del peso es fundamental. El control de la glucemia aislado no elimina el riesgo coronario aunque está asociado con una mayor HDL.

E) Anticonceptivos

Incluso los de minidosis pueden aumentar el riesgo al alterar un gran número de variables (peso, lípidos, TA, metabolismo glucídico, función plaquetar y coagulación e incluso la integridad endotelial).

Estas drogas son seguras en mujeres menores de 35 años que no fuman son normotensas y no tienen evidencia de TEP o enfermedad arterial. Por encima de los 35 años las mujeres tienen el riesgo incrementado y a cualquier edad si se suman otros factores de riesgo se debe proponer otro método anticonceptivo.

Hay un aumento de los accidentes coronarios en la mujer postmenopáusica (natural o quirúrgica). Las razones de la resistencia a la aterosclerosis de la mujer en edad fértil permanece oscura y de la misma forma el incremento tras la menopausia, no hay acuerdo en que el suplemento hormonal disminuya el riesgo.

F) Vida sedentaria

Una recomendación general es caminar a una velocidad que causa taquipnea pero sin llegar al agotamiento durante 30 ó 40 minutos y al menos cuatro días a la semana. De cualquier manera permanece incierto si el ejercicio moderado protege del riesgo.

Factores no convencionales

A) Aspirina

Se han llevado a cabo dos ensayos notables, referidos a la prevención de episodios trombóticos con aspirina en personas aparentemente sanas: American Physicians' Health

Study y British Doctors Trial. En ninguno de ellos se encontró modificación alguna de la mortalidad cardiovascular, que por otra parte fue baja, pese a una reducción global de los infartos de miocardio no fatales en el grupo tratado.

En el momento presente no hay razones para el empleo generalizado del ácido acetilsalicílico en la población asintomática para prevención de eventos isquémicos.

B) Aceites de pescado

Se correlacionan epidemiológicamente con la disminución del riesgo coronario. Sin embargo no hay evidencia suficiente para recomendarlos en prevención primaria.

Intervención

A pesar de los resultados controvertidos en los ensayos de actuación médica frente a factores de riesgo establecidos, parece adecuado actuar de alguna manera a nivel individual siempre que encontremos algún hábito negativo para la salud o situación patológica (entre los que se encuentran numerosos factores de riesgo cardiovascular), para los cuales además se han puesto en marcha numerosos programas de actuación debidamente protocolizados. La agresividad de nuestra actuación, sin embargo, debe estar en consonancia con la magnitud del problema que se plantea. De esta forma la existencia de un factor de riesgo cardiovascular en una mujer de 30 años puede no ser tratada de igual manera que la presencia de ese mismo factor aunado a un segundo factor de riesgo mayor en un varón de 40 años. Es por ello imprescindible la valoración de una actuación dentro de un contexto, sobre todo si conlleva la aplicación de fármacos no del todo inocuos.

4. FORMA DE PRESENTACION DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

Son múltiples los motivos que pueden tener un paciente con cardiopatía isquémica como manifestación inicial de la enfermedad:

Angina

Es importante profundizar en las características de los síntomas del paciente: tipo, localización, causas desencadenantes, duración y factores que los alivian y cuyas características son ampliamente conocidas.

Con arreglo al comienzo de los síntomas es importante separar lo que conocemos como angor estable cuando no se ha modificado en la frecuencia severidad o causas precipitantes en los últimos dos meses del angor inestable cuando ha empezado en los últimos dos meses (angor de reciente comienzo) o se ha incrementado en su frecuencia o severidad (angor progresivo, prolongado y en reposo).

La historia clínica tiene unas limitaciones diagnósticas que deben ser tenidas en cuenta. Muchos pacientes tienen signos inequívocos de isquemia y aun infarto sin haber tenido síntomas o pueden negar sus síntomas por diferentes razones y además los resultados del interrogatorio varían de un observador a otro. Una estimación de la probabilidad pretest de la presencia de enfermedad coronaria, basada en la edad, sexo y características del dolor determina los tests a utilizar para establecer el diagnóstico.

Equivalente anginoso

Se refiere fundamentalmente a la disnea cuando es debida a isquemia, tanto debido a un descenso sustancial de la elasticidad ventricular (disfunción diastólica) como el fracaso de la función sistólica ventricular.

Palpitaciones, arritmias, síncope y muerte súbita

Miocardiopatía

Algunos pacientes tienen insuficiencia cardíaca indistinguible de una miocardiopatía idiopática. A veces está relacionada con fibrosis en parches por aterosclerosis severa difusa en ausencia de infarto transmural.

Silente

Hallazgo de una zona inactivable "sin síntomas" o alteraciones en el ST-T en un ECG de rutina o en la electrocardiografía dinámica (Holter).

5. VALOR DE METODOS DIAGNOSTICOS

Examen físico

Su importancia radica fundamentalmente en la exclusión de determinadas enfermedades que se pueden sospechar en el examen físico y que pueden causar isquemia (valvulopatía aórtica, miocardiopatías) o dolores torácidos no debidos a isquemia (Tietze, prolapso mitral).

Otros datos pueden apoyar la sospecha de aterosclerosis como la existencia de xantomas, hipertensión arterial o enfermedad aterosclerótica a otros niveles.

El médico puede hallar un cuarto ruido, soplo de insuficiencia mitral, o desdoblamiento paradójico de S2 sólo durante la crisis, hecho que orienta al diagnóstico de cardiopatía isquémica.

De cualquier forma el paciente con angina usualmente tiene una exploración normal, incluso aquel que tuvo un infarto. Por otra parte los hallazgos positivos pueden no ser interpretados de forma adecuada al no ser en absoluto específicos de CI.

Radiografía de tórax

La mayoría de pacientes con enfermedad coronaria sin infarto previo tienen una radiografía de tórax normal. Puede revelar cardiomegalia o un aneurisma ventricular. Los signos de congestión pulmonar debida a disfunción ventricular izquierda, son detectados con frecuencia en el infarto agudo aun cuando otros signos de insuficiencia cardíaca estén ausentes.

Electrocardiograma en reposo

El Electrocardiograma (ECG) en reposo suele ser normal en pacientes con enfermedad coronaria. De esta forma hasta el 70% de pacientes con angina estable tienen un ECG basal normal. Las anormalidades que pueden estar presentes son alteraciones inespecíficas de la repolarización, arritmias o bloqueos de rama. Es un grave error excluir el diagnóstico de enfermedad coronaria por un ECG normal o diagnosticarlo en función de anormalidades electrocardiográficas inespecíficas.

Un descenso o elevación del ST mayor o igual a 1 mm. es bastante específico si ocurre durante los episodios de angina.

Test de esfuerzo

El interés no sólo es diagnóstico sino pronóstico.

Las limitaciones del test en el reconocimiento de la enfermedad coronaria merecen especial énfasis. El valor predictivo está determinado por la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada. Cuando el test se utiliza para buscar enfermos en población asintomática hay una alta prevalencia de falsos positivos.

Entre las indicaciones habituales se encuentran: la valoración del paciente con dolor torácico no diagnóstico de enfermedad coronaria, decartar coronariopatía latente, la determinación del pronóstico, importancia de la enfermedad, el estudio de los efectos del tratamiento médico o invasivo, capacidad funcional y arritmias.

Enzimas

Las determinaciones de CPK, GOT, LDH o sus isoenzimas son de utilidad para el diagnóstico o exclusión de una necrosis miocárdica.

Estudio de perfusión miocárdica con isotopos

Las pruebas isotópicas de esfuerzo logran una mayor sensibilidad (S: 85%), especificidad E: 90%) y valor predictivo en la detección de coronariopatías, evalúan la extensión y gravedad de la afección coronaria funcionalmente significativa y ayudan a establecer el pronóstico así como valoran la respuesta a las intervenciones terapéuticas encaminadas a mejorar la irrigación coronaria.

Sus indicaciones son las mismas de la prueba de esfuerzo en aquellas situaciones en que este test no se puede realizar o no es valorable (defecto físico, trastornos en

el ECG basal, etc.) además es muy útil en predecir la extensión y el estudio del significado funcional de una lesión determinada.

Coronariografía y ventriculografía

La coronariografía permite conocer con exactitud la circulación coronaria, el grado de estenosis y la calidad del vaso posterior a la estenosis, la circulación colateral y la función ventricular izquierda.

Aunque la angiografía coronaria permanece como estándar de oro en el diagnóstico de la enfermedad aterosclerosa coronaria es necesario conocer que existen ciertas limitaciones como la falta de correlación total con anatomía patológica o los hallazgos quirúrgicos (enfermedad difusa, agregación plaquetar...) y la variabilidad inter e intraobservador.

Hay que tener en cuenta que siempre proporciona una información anatómica pudiendo no corresponderse con la repercusión funcional.

Hoy en día las indicaciones de la coronariografía están cambiando, de cualquier manera existe consenso en la indicación de estudiar por este método los pacientes con:

- Angina estable pero con una gran limitación por sus síntomas en su actividad diaria.
- Angina inestable refractaria a tratamiento médico.
- IAM complicado (edema agudo de pulmón, insuficiencia mitral, comunicación interventricular, angina postinfarto) o con prueba de esfuerzo positiva post-IAM.

Las opiniones están divididas en lo que respecta a otros grupos de pacientes entre los que se incluyen aquellos con dolor torácico atípico de etiología incierta y pacientes asintomáticos con prueba de esfuerzo patológica.

6. EL ESTABLECIMIENTO DEL RIESGO. PRONOSTICO

El establecer el riesgo en el paciente isquémico es difícil por la complejidad inherente de esta entidad y las características de estos pacientes, con largos períodos sin síntomas, interrumpidos por situaciones, algunas veces, catastróficas y aparentemente impredecibles, lo que le confiere un carácter desconcertante.

Estudios recientes han establecido gran información en la valoración del pronóstico. Los datos objetivos cuantificables son superiores a los subjetivos. Dado que la isquemia silente es frecuente y pacientes con disfunción ventricular izquierda y arritmias pueden no tener síntomas, la duración del test de esfuerzo, el grado de depresión del ST, una estimación de la disfunción ventricular izquierda y la caracterización de las arritmias mediante Holter tienen un valor fundamental en el pronóstico del paciente.

Aunque el orden de importancia de los factores que determinan el pronóstico difieren de paciente a paciente, el grado de disfunción ventricular izquierda es el valor

predictivo más importante en la mayoría de los pacientes.

Los síntomas, a menudo, juegan un papel sumatorio a los datos objetivos. El factor más importante en la sintomatología es el cambio en los síntomas del paciente, hecho que empeora el pronóstico en los siguientes 3-6 meses, así como aquellos que han tenido un infarto en los 6 meses previos. El pronóstico ha de ser reevaluado continuamente porque pueden ocurrir cambios importantes en la extensión de la enfermedad coronaria, tolerancia al ejercicio, arritmias y función ventricular sin cambios en los síntomas.

Angina estable

Según estudios recientes más del 75% de los pacientes con angina estable, tienen además episodios de isquemia silente analizados por Holter o ventriculografía de esfuerzo. En una evaluación pronóstica hay que valorar la carga isquémica total: isquemia silente más las manifestaciones clínicas de isquemia.

La mortalidad anual en pacientes de angina estable en que se ha demostrado que no tienen afectación del tronco es del 2%. La presencia de hipertensión arterial o las alteraciones en el ST-T del ECG basal empeoran el pronóstico hasta un 5%.

En base a la severidad y frecuencia de los síntomas el análisis es más complejo debido a la medicación, actividad física, episodios silentes, etc. y no parece ser un buen método para establecer un pronóstico. La existencia de equivalentes de angina suelen tener peor pronóstico dada la gran cantidad de miocardio afectado en el proceso.

De los test de uso habitual el de esfuerzo da muy buena información. El determinante más importante es la tolerancia al esfuerzo. De hecho sin tomar en consideración la coronariografía la tolerancia al esfuerzo es el factor de más importancia en el pronóstico del paciente con angina estable. Conseguir una frecuencia cardíaca durante el esfuerzo cercana a las 160 pulsaciones por minuto o alcanzar una alta carga de trabajo (alcanzar por ejemplo la IV etapa del protocolo de esfuerzo de Bruce) nos permite estimar una mortalidad anual en torno al 1-2%. No superar la etapa II del mismo protocolo de Bruce tiene una mortalidad entre el 6-10% dependiendo de la FE. La segunda gran variable independiente es el grado de descenso del ST que también tiene su valor pronóstico aparte. La aparición de hipotensión es de mal pronóstico y no parece tener importancia la aparición de extrasístoles ventriculares durante o después del esfuerzo.

La estenosis de un solo vaso coronario principal confiere una mortalidad del 1-3% anual enlos 5 años siguientes. Dos y tres vasos cuando uno de los vasos es la descendente anterior confiere una mortalidad anual entre el 6-9% (desciende de forma significativa cuando no es la descendente anterior uno de los vasos). La afectación del tronco de

la coronaria izquierda es el factor angiográfico pronóstico más importante: 15-20% mortalidad anual, en algunos estudios hasta el 40%.

La fracción de expulsión (FE) es un factor pronóstico más importante que la propia extensión de la enfermedad coronaria, de esta forma por ejemplo aquellos pacientes con lesión en un vaso coronario principal y con FE < 35% viven al cabo de cuatro años el 70%, cifras de supervivencia inferiores a la de pacientes con lesiones de los tres vasos principales coronarios con FE > 50%.

Principales determinantes pronósticos de sujetos estables:

- Grado de disfunción ventricular izquierda.
- Severidad de la isquemia:
  - Duración del esfuerzo y grado de depresión ST en test de esfuerzo.
- Extensión de aterosclerosis coronaria.
- Otros factores adicionales:
  - Hipertensión arterial.
  - Cardiomegalia. I. cardíaca.
  - Diabetes.
  - Anormalidades electrocardiográficas: arritmias, infartos a distancia.
  - Tabaco.
  - Edad.

Angina inestable

Un cambio en los síntomas de los pacientes ocurre en el 50-75% precediendo a los IM. Hay estudios que han encontrado hasta un 18% de fallecimientos al año. Otros estudios han hallado un 10% de mortalidad y 20% de nuevos infartos del miocardio, sobre todo en los primeros 3-4 meses con un peor pronóstico de aquellos que tienen elevación del ST en las crisis. Con todos los datos parece que la fase inestable perdura hasta 3 meses. Después de este período la ocurrencia de sucesos como infarto del miocardio, muerte o angina disminuyen a los niveles de la angina estable.

La angina de Prinzmetal representa un tipo de angina inestable no desencadenado por un aumento en la demanda de oxígeno debido a espasmo coronario generalmente sobre un vaso patológico. En estos casos casi un 20% de los pacientes tendrán un infarto del miocardio o muerte súbita en los tres meses siguientes a su presentación.

El reconocimiento clínico de la angina inestable y la actuación inmediata tienen pues, una importancia crítica debido a la alta incidencia de muerte súbita e infarto del miocardio en los próximos tres meses, muy superior a la del paciente estable.

Infarto del miocardio

Casi el 50% de la mortalidad del infarto del miocardio durante el mes de su presentación se produce en las primeras dos horas y es debida fundamentalmente a arritmias letales lo que hace que en estos momentos si queremos disminuir la mortalidad nuestra actuación deba basarse fundamentalmente en el reconocimiento precoz y el traslado rápido, si es posible con unas condiciones mínimas, a un centro especializado.

Los determinantes principales del pronóstico de un infarto en desarrollo (< 6 horas), concepto que ha surgido con el advenimiento de la trombólisis, son:

- Localización del infarto aun si tamaño similar el anterior tiene un peor pronóstico.
- Tensión arterial sistólica.
- Pico enzimático.
- Edad avanzada > 70 años.
- La leucocitosis, fiebre, roce pericárdico generalmente acompañan a los infartos extensos.
- Diabetes, hipertensión arterial, EPOC.

Una vez se ha establecido el infarto el determinante más importante del pronóstico va a ser la función ventricular izquierda, más incluso que la angiografía coronaria que también es importante. La aparición de nuevos episodios de angina confiere un mal pronóstico.

La mortalidad de un sujeto en el primer año que sigue a un infarto varía entre el 6-10%. La prueba de esfuerzo permite distinguir en cierta forma a los pacientes de bajo riesgo (2% mortalidad en los que realizan una prueba de esfuerzo sin alteraciones) de los de alto riesgo (30% en los que tienen una respuesta patológica, capacidad funcional e isquemia, durante el desarrollo de la prueba).

Una mención especial merece el infarto sin Q por la propensión a complicaciones adicionales en los próximos meses.

7. MODO DE ACTUACION

Aunque a nivel de Atención Primaria es infrecuente encontrar a un paciente con angina estable estudiado de forma amplia (test de esfuerzo, electrocardiografía dinámica, radioisótopos, estudio hemodinámico, etc.) el enfoque del tratamiento de los pacientes con angina estable en la mayoría de los textos lo realizan en función de las siguientes variables:

- Clasificación funcional (Clasificación de la Canadian Cardiovascular Society) (CCS).
- Resultado del test de esfuerzo y radionúclidos.
- Resultado del estudio hemodinámico.
- Edad y enfermedades concomitantes.

Los pacientes con síntomas incapacitantes (clase III y IV) (CCS) a pesar del tratamiento médico son susceptibles a tratamiento quirúrgico o angioplastia si ésta es viable y no hay contraindicaciones. Hoy por hoy, los pacientes en clase I o II con obstrucción de uno, dos o tres arterias principales con una respuesta excelente en la prueba de esfuerzo y con buena función ventricular pueden ser tratados médicamente. La actitud frente a otros casos depende en la mayoría de los casos de un análisis individual de la anatomía coronaria, evidencia de isquemia y los síntomas del paciente.

Como hemos comentado con anterioridad el reconocimiento clínico de la angina inestable y la actuación agresiva, inmediata, frente a esta situación, dado el pronóstico que presenta, va a ser fundamental en el seguimiento del paciente isquémico. Estos pacientes deben ser remitidos a un Centro Hospitalario con el fin de monitorizarlos e intensificar el tratamiento. El reposo en cama, la sedación y la eliminación de factores precipitantes son importantes. Hoy en día se tiende a utilizar como un primer escalón aspirina, nitritos endovenosos, βbloqueantes si es posible y heparina, quedando los antagonistas del Ca^{++} como un segundo escalón, aunque siguen siendo de interés en aquellas entidades en las que el espasmo arterial juega un papel importante. Una vez remite la sintomatología (al menos 48 horas), se suelen realizar en nuestro medio, estudios que nos orienten sobre el riesgo potencial de la enfermedad (prueba de esfuerzo, medicina nuclear, ecocardiografía...) antes de indicar un estudio hemodinámico. El fracaso del tratamiento médico implica como se mencionó la realización de estudio hemodinámico urgente.

8. PREVENCION SECUNDARIA Y REHABILITACION

La prevención secundaria de la cardiopatía isquémica engloba toda una estrategia activa llevada a cabo para disminuir la morbilidad y mortalidad de pacientes con aterosclerosis coronaria establecida, tales como aquellos que han tenido angina, infarto, han sido revascularizados o se les ha hecho angioplastia. No sólo incluye las medidas destinadas a retardar la progresión de la enfermedad o su regresión sino también la identificación de pacientes con riesgo alto para ataques recurrentes debido a factores no relacionados a la aterosclerosis per se y la institución de una terapia para disminuir esos riesgos.

La actuación sobre factores de riesgo ha sido ampliamente evaluada en los supervivientes a infarto del miocardio. En estos pacientes se ha visto cómo la aterosclerosis no progresa en forma lineal y se ve influenciada por los distintos factores de riesgo conocidos, siendo el más importante la hipercolesterolemia.

Las personas que son dadas de alta de un Hospital después de un infarto agudo del miocardio tienen una mortalidad durante el primer año próxima al 10% y 4% en años sucesivos. Dado que la mortalidad que sigue a un accidente coronario está en

función de la isquemia residual, la disfunción ventricular izquierda, y la inestabilidad eléctrica, es inverosímil que los factores de riesgo tradicionales, puedan jugar un papel grande en los meses posteriores a un infarto del miocardio. Sin embargo, los esfuerzos que tienden a controlar los factores de riesgo son apropiados para detener el curso de la aterosclerosis y por ello están implicados en el pronóstico a medio y largo plazo como se ha visto en numerosos estudios. El impacto de los factores de riesgo mayores: tabaco, hipertensión arterial e hipercolesterolemia puede ser grande en presencia de isquemia miocárdica y en situaciones como el infarto del miocardio sin Q.

Los resultados de los estudios de prevención secundaria son confusos debido al número de factores que, sin guardar relación con la alteración del proceso aterosclerótico, pueden conllevar una disminución de la mortalidad y de la recurrencia de IM (fármacos, etc.). Por otro lado, en los pacientes con aterosclerosis extensa, una limitación en la progresión de la aterosclerosis (incluso un grado de remisión) por medio de una modificación considerable del riesgo puede no llegar a ser suficiente para producir una diferencia significativa en las tasas de supervivencia.

Debido a la naturaleza multifactorial de la aterosclerosis y a la importancia variable de estos factores sobre un paciente en particular, el médico debe usar su propio criterio al aplicar los datos epidemiológicos y los obtenidos en investigaciones pertinentes al tratar un paciente en particular.

Factores convencionales

A) Hipercolesterolemia. Regresión de la aterosclerosis

No hay duda de que la extensión del daño miocárdico y la severidad de la enfermedad coronaria son predictores importantes del riesgo en los meses posteriores a un evento isquémico. Sin embargo, a largo plazo, el nivel de colesterol continúa siendo un factor de riesgo importante tal como han demostrado estudios como el Coronary Drug Project (19'6% mortalidad en el quintil superior del nivel de colesterol, frente al 12'9% del quintil inferior) o los Cholesterol-Lowering Atherosclerosis Study y Family Atherosclerosis Tratment Study que demostraron la regresión angiográfica de las lesiones en el 16 y 58% de los pacientes tratados cuando el nivel de colesterol se mantenía por debajo de 206 mg/dl. Aunque no se ha establecido el límite inferior a partir del cual el colesterol deja de influir en las personas con CI establecida (probablemente < 180 mg/dl y hay regresión < 150 mg/dl), en función de estos estudios parece recomendable mantener:

- Colesterol total < 206 mg/dl.
- LDLc < 174 mg/dl (quizás < 103 mg/dl).

Según estudios de experimentación animal la regresión parece resultar con cifras

de colesterol por debajo de 160 mgr/dl y puede retardarse con niveles hasta 180 mgrs/dl. También se han dado regresiones con ejercicio o terapia.

Para algunos investigadores en los pacientes con manifestaciones clínicas de aterosclerosis el nivel de colesterol deseable se sitúa a un nivel inferior al de la población general. Parece recomendable en todo paciente afecto de aterosclerosis iniciar una dieta sin grasas animales independientemente de las cifras de colesterol.

B) Hipertensión

En cuanto a la prevención secundaria la hipertensión, si existe, debe ser tratada, siendo un indicador mayor de farmacoterapia cuando fallan las medidas higiénico-dietéticas. La disminución excesiva de la tensión arterial puede en cambio aumentar el riesgo de isquemia miocárdica o cerebral. La "normalización" de la TA después del infarto puede tener un pronóstico malo al poder reflejar disfunción ventricular izquierda.

C) Tabaco

Los estudios son concluyentes. La disminución del número de nuevos eventos, progresión de la enfermedad y reestenosis en los pacientes que abandonan el tabaco es importante. El abandono del tabaco debe ser total en cualquier paciente con alguna manifestación de cardiopatía isquémica.

Otros factores

A) Diabetes mellitus

El riesgo del fumador, del paciente con niveles elevados de colesterol o hipertensión arterial, se multiplica por tres o por cuatro si existe diabetes mellitus. La intolerancia a Hidratos de Carbono también parece aumentar el riesgo coronario. En el caso de la diabetes mellitus la corrección del peso es fundamental, sin embargo, el control de la glucemia aislado no elimina el riesgo coronario aunque esté asociado con una mayor concentración de HDL.

B) Anticonceptivos

Los contraceptivos hormonales están contraindicados en la mujer con c. isquémica, al aumentar el riesgo de HAS e infartos sobre todo si fuman.

C) Obesidad

En cuanto al nivel secundario la pérdida de peso mejora el umbral de angina aparte de afectar a otros factores de riesgo. La obesidad en el postinfarto está relacionada con una mayor mortalidad, al parecer, sólo en los viejos. Aunque no hay

evidencia confirmada de un mejor pronóstico en algunos estudios de intervención, el hecho de no tener efectos adversos y los muchos efectos beneficiosos sistémicos hace que se intente evitar la obesidad en el paciente isquémico.

D) βBloqueantes

Según diferentes estudios en los que se utilizaron propranolol, timolol y metoprolol, si son administrados de forma previa a la salida del hospital en personas con infarto de miocardio reducen la incidencia de reinfartos, mortalidad y muerte súbita entre el 25 y el 40%. Alteran el balance aporte-demanda de oxígeno miocárdico y son efectivos en el tratamiento de arritmias ventriculares.

Este mejor pronóstico afecta sobre todo a los pacientes de alto riesgo, ancianos con fracción de expulsión deprimida si lo toleran. Su empleo es recomendado en supervivientes de infarto de miocardio si no hay contraindicaciones. Los que tienen arritmias son los más beneficiados. Es tan útil en jóvenes como ancianos.

Están fuertemente indicados en pacientes con infarto con Q reciente e isquemia residual, mientras que su indicación es algo más dudosa en aquellos individuos con un primer infarto sin evidencia de isquemia residual.

E) Antagonistas del Ca

No hay datos que demuestren una disminución en la mortalidad después del infarto, además su uso está asociado con alta mortalidad en aquellos con pobre función ventricular. El diltiazem administrado por un corto período de tiempo después de un infarto sin Q disminuye la incidencia de reinfarto precoz aunque se desconoce su causa, en estos casos este fármaco es de primera elección.

F) Antiarrítmicos

Aunque la inestabilidad eléctrica está correlacionada muy estrechamente con una mala función ventricular, la presencia de arritmias ventriculares puede proporcionar un riesgo independiente. Sin embargo en los ensayos con medicación antiarrítmica que analizan la mortalidad del isquémico existen resultados contradictorios que nos obligan a ser cautos a la hora de iniciar una terapia antiarrítmica en un paciente determinado aun en arritmias potencialmente letales.

G) Antiagregantes plaquetarios

Aunque hay una gran variabilidad en el inicio del tratamiento y la dosis empleada en los más de 25 ensayos que se han realizado, el empleo del metaanálisis nos permite afirmar que el ácido acetilsalicílico redujo después de un infarto en todos los subgrupos la mortalidad debida a enfermedad cardiovascular en un 15% y en un 30% la existencia de episodios vasculares no fatales. El beneficio en los pacientes parece ser mayor en los primeros años y en aquellos con angina inestable. Su empleo también es muy benefi-

cioso en el mantenimiento de la permeabilidad de los injertos aorto-coronarios.

Los anticoagulantes tienen un beneficio similar al ácido acetilsalicílico y su empleo está justificado en pacientes seleccionados con un riesgo incrementado de complicaciones tromboembólicas.

Rehabilitación

El protocolo de rehabilitación de cardiopatía isquémica en atención primaria sería un programa progresivo de acondicionamiento físico, valoración y consejo profesional y educación continuada al paciente, familia y en la medida de lo posible al entorno social-laboral que permita que el individuo alcance la capacidad funcional adecuada para sus requerimientos laborales o de estilo de vida.

La rehabilitación es apropiada para la mayoría de pacientes con manifestaciones clínicas de aterosclerosis (infarto, angina, revascularizado, etc.). Reduce de manera notable, el impacto físico y psicosocial de las incapacidades y desventajas de la enfermedad. Agrupa las siguientes actuaciones, algunas de las que ya hemos analizado:

- Limitación de las consecuencias adversas fisiológicas y emocionales de la enfermedad aguda.
- Identificación y tratamiento de pacientes en alto riesgo: prevención secundaria.
- Control de los síntomas.

A) Regreso al trabajo

Puede ser recomendado por los beneficios sociales, económicos y emocionales. Sin embargo, un estudio de la Sociedad Española de Cardiología demostró que sólo un 40% de los individuos que han tenido un infarto se reincorporan a su actividad laboral y sólo el 28% lo hacen de forma plena. Un estudio similar en nuestra Región sitúa la reinserción laboral en torno al 37%. Sólo un 19% de los pacientes recibió de forma directa información, consejo y soporte encaminado a su reincorporación al trabajo.

La reincorporación está en función de la edad, el nivel cultural del sujeto, tipo de trabajo activo y la existencia o no de complicaciones de su enfermedad.

B) Actividad física

El efecto de la aplicación de actividad física en la severidad de la enfermedad coronaria o el aumento del desarrollo de la circulación colateral en humanos no ha sido establecido. El ejercicio dinámico es recomendado para pacientes seleccionados, con angina, después de un infarto del miocardio y de la cirugía de revascularización ya que limita el efecto deletero de la inmovilización y mejora la capacidad de trabajo

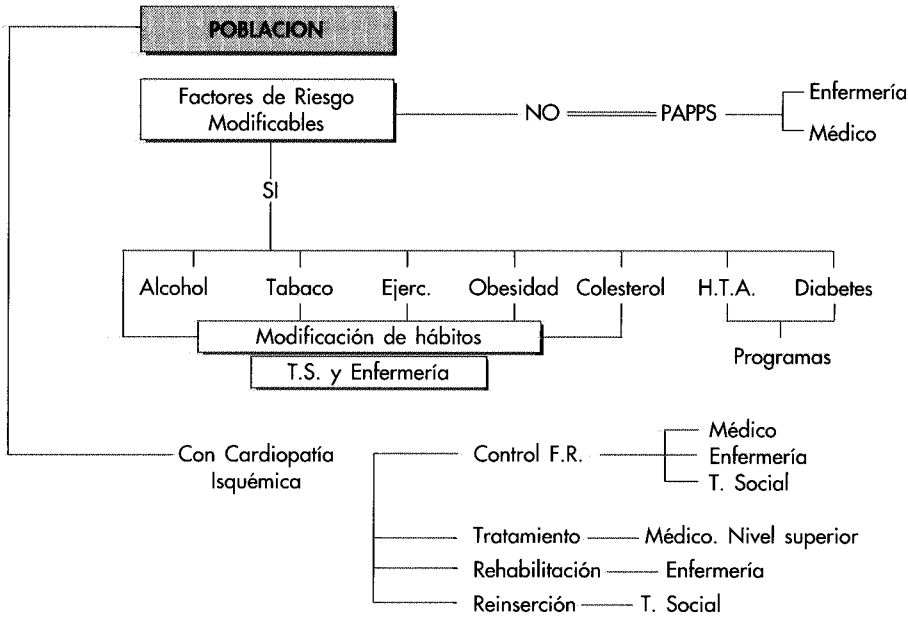
físico así como disminuye la depresión. El descenso del doble producto (frecuencia cardíaca por tensión arterial) a una misma intensidad de trabajo, que acompaña al programa de entrenamiento permite elevar el umbral de angina. Los pacientes de alto riesgo deben realizar ejercicio físico supervisados.

En el Ymca Theraphy Program se aconseja que el entrenamiento físico se inicie a las tres semanas del alta hospitalaria, siempre cuando la prueba de esfuerzo precoz fuera negativa. La intensidad del trabajo es progresiva con incrementos semanales hasta alcanzar al menos una hora de ejercicio al día, en cuyo caso puede integrarse, en la mayoría de los casos, al trabajo habitual.

La fase de convalecencia después de la hospitalización por un infarto tiene como objetivo revertir la pérdida de condición física que supone una estancia hospitalaria. Al salir del hospital un individuo es capaz en condiciones normales de realizar actividades que suponen un consumo energético de hasta 4 Mets. (labores suaves de la casa, caminar 4-5 Km./h.). Durante este período se le indica al paciente caminar al menos en un principio 10-15 min. durante dos semanas, posteriormente y según la actividad física previa y las condiciones individuales se procede al incremento en duración y posteriormente de la intensidad del esfuerzo de forma paulatina. El paciente puede incorporarse a la realización de una vida sexual plena paulatinamente, se recomienda un papel menos activo en un principio. La toma de nitritos antes puede permitir una actividad sin síntomas. En general una prueba de esfuerzo máxima a los 2-3 meses del infarto nos informará de las limitaciones y el pronóstico del individuo en cuestión.

9. CONCLUSIONES

Quizás sea la cardiopatía isquémica un claro ejemplo de una de las entidades en la que de forma más evidente se pone de manifiesto la necesidad del trabajo en conjunto de todo el E.A.P. A modo de ejemplo presentamos el siguiente cuadro en el que se integran los distintos estamentos de un Equipo con el fin de disminuir la morbimortalidad por la Cardiopatía Isquémica.



Addendum:

Grupos	1.ª Visita	Visitas sucesivas
CT 200-250 Tg < 200	Dieta. Vigilar otros factores. Control 3 m.	Objetivo alcanzado: Dieta y control 1-5 años Objetivo no alcanzado: Dieta y control 3-6 meses. En pacientes que han sufrido cardiopatía isquémica valorar fármacos.
CT 250-300 TG < 200	Dieta. Vigilar otros factores. Control 3 meses.	Objetivo alcanzado: Dieta y control 3-6 meses Objetivo no alcanzado: > 6 m. fármacos. CT > 250 > Dieta + Control 3-6 meses CT > 250 > 6 meses Dieta o factor asociado→fármacos.
CT < 200 Tg 200-500	Dieta. Vigilar otros factores. No alcohol. Reducir peso. Control 2 meses	Objetivo alcanzado: Dieta y control 3 meses. Objetivo no alcanzado: Dieta y control 3-6 meses. Si persisten cifras Tg altas valorar fármacos, especialmente si Tg > 300 y HDL < 35.
CT 200-300 Tg 200-500	Dieta. Vigilar otros factores. No alcohol. Reducir peso. Control 3 meses	Objetivo alcanzado: Dieta y control 6 meses. Objetivo no alcanzado: actuar como en B o C, en función de las cifras de CT o Tg.
CT > 300 y/o Tg > 500	Dieta. Vigilar otros factores. Control 2 meses.	Objetivo alcanzado: Dieta y control 3-6 meses. Objetivo no alcanzado: Fármacos, es recomendable estudio familiar y atención en centro especializado.

Objetivo: CT < 200 mg/dl y HDL > 35 mg/dl

10. BIBLIOGRAFIA

1. Kannel, W.B. Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento preventivo. *Hospital Practice* 3 (4): 23-36. 1988.
2. Plaza Pérez, I. y Grupo de Expertos de las Sociedades Españolas de Arteriosclerosis, Cardiología, Pediatría, Nutrición y Medicina Preventiva. Informe sobre el colesterol en niños y adolescentes españoles. *Rev. Esp. Cardiol.* 44 (9): 567-585. 1991.
3. Calderó Bea, M.D.; Andújar Arias, A. Protocolo Cardiopatía Isquémica en Atención Primaria. Centro de Salud B.º del Carmen. Murcia.
4. Slone, D.; Shapiro, S., et al. Relation of cigarette smoking to myocardial infarction in young women. *N. Engl. J. Med.* 298: 1273-1276. 1978.
5. Davies, R.F.; Topping, D.L.; Turner, D.M. The effect of intermittent carbon monoxide exposure on experimental atherosclerosis in the rabbit. *Atherosclerosis* 24: 527-536. 1976.
6. Masana, L.; Plana, N.; Alaman, E.; Masdeu, R.; Gómez A.; Solís, M.J. Detección y control de las hiperlipemias. *Medicina Integral*18 (5): 201-208. 1991.
7. Corral Corral, C. Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. ¿Cuál es el lugar de la intervención farmacológica? *Med. Clin.* 96: 388-393. 1991.
8. Pekkanen, J.; Linn, S.; Heiss, G.; Sughindran, G.M.; León, A.; Rifkind, B.M.; Tyroler, H.A. Ten-year mortality from cardiovascular disease in relation to cholesterol level among men with and without preexisting cardiovascular disease. *New Eng J Med*322 (24): 1700-1707. 1990.
9. Rossouw, J.E.; Lewis, B.; Rifkind, B.M. The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. *New Eng J Med* 323 (16): 1112-1119. 1990.
10. Mead, T.W., et al. Función hemostática y cardiopatía isquémica. Principales resultados del Northwick Park heart study. *The Lancet (Ed. Esp.)* 10: 12-17. 1987.
11. Stampfer, M.J. Postmenopausal strogen therapy and cardiovascular disease. Ten-year follow-up from the nurses healh study. *New Eng J Med* 325: 756-762. 1991.
12. Giovani de Gaetano. Prevención primaria de las enfermedades vasculares con ácido acetilsalicílico. *The Lancet (Ed. Esp.)* 13: 194-195. 1988.
13. Shaper, A.G. British regional heart study: cardiovascular risk factors in middle-aged men in 24 hours. *British Medical Journal* 283: 179-186. 1981.
14. Cruickshank, J.M.; Zacharias, F.J.; Torp, J.M. Ventajas y riesgos potenciales de reducir la presión arterial elevada. *The Lancet (Ed. Esp.)* 11: 32-35. 1987.
15. Staessen, J.; Bulpitt, C.; Clement, D.; De Leeuw, P.; Fagard, R.; Fletcher, A.; Forette, F.; Leonetti, G.; Nissinen, A.; O'Malley, K.; Tuomilehto, J.; Webster, J.; Williams, B.O. Relación entre la mortalidad y el tratamiento de la presión arterial en pacientes hipertensos ancianos: comunicado de la Mesa Europea del Trabajo sobre la Hipertensión en el Anciano. *British Medical Journal* (Ed. Esp.) 4: 31-37. 1989.
16. Pinto, X.; Llargues, E. Dislipemias y prevención secundaria de la arterioesclerosis. *Med. Clin.*95: 615-617. 1990.
17. Steering Committee of the Physicians'Health Study Research Group. Final report of the aspirin component of the ongoing Physicians' Health Study. *New Eng J Med* 321 (3): 129-135. 1989.
18. Grundy, S.M.; Greenland, P.; Herd, A.; Huebsch, J.A.; Jones, R.J.; Mitchell, J.H.; Schlant, R.C. Cardiovascular and risk factor evaluation of healthy American adults. A statement for physicians by an Ad Hoc Committee Appointed by the Steering Committee, American Heart Association. *Circulation* 75 (6): 1340A-1361A. 1987.
19. Burke, G.L.; Savage, P.J.; Sprafka, J.M.; Selby, J.V.; Jacobs, D.R.; Perkins, L.L.; Roseman, J.M.; Hughes, G.H.; Fabsitz, R.R. Relation of risk factor levels in young adulthood to parental history of disease. The CARDIA Study. *Circulation* 84: 1176-1187. 1991.

20. Jiménez Mena, C.; Rodríguez Sánchez, E.; Martínez Ibáñez, M.T.; Morales Jiménez, P.; Cervera Valverde, C.; Segura Hernández, E. Análisis crítico de la intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular. *Atención Primaria* 8 (8): 78-90. 1991.

21. Lewis, H.D.; Davis, J.W.; Archibald, D.G., et al. Protective effects of aspirin against acute myocardial infarction and death in men with unstable angina. *New Eng J Med* 309: 396. 1983.

22. Campeau, L. Letter to the Editor. *Circulation* 54 522. 1976.

23. Alan Jones, D.H. Davies, J.R. Dove, M.A. Collinson, Pamela, M.R. Brown. Identification y treatment of risk factors for coronary heart disease in general practice: a possible screening model. Br Med J 296: 1711-1714. 1988.

24. Madeleine Ball, Jim Mann. Lípidos y cardiopatía. Orientación práctica. Ediciones Doyma. 1990.

25. Friedman, G.D.; Petitti, D.D.; Davol, R.D., et al. Mortality in cigarrete smokers and quitters: Effect of base-line differences. *Neww Eng J Med* 304: 1407-1410. 1981.

Ponencia:

PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

AUTORES:

Mercedes González García
M.ª Jesús Aller de la Fuente
Amparo Gómez Arranz
Angel Díez García
Alberto Hernando González
Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud "Casa del Barco". Valladolid

José Manuel Fernández García
Yolanda Menchón Muñoz
Aventina de la Cal de la Fuente
José Francisco García Gutiérrez
Dirección de Atención Primaria - INSALUD. Palencia

Laura Lecumberri
Enfermera del Centro de Salud ANSOAIN. Navarra

Natividad Antolín Bravo
Trabajadora Social del Centro de Salud SAN ANTON. Cartagena

Francisco Molina Durán
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia

OBJETIVOS

Objetivo general

PROMOVER LA METODOLOGIA DE TRABAJO POR PROGRAMAS INTEGRADOS.

Objetivos específicos

- Compartir experiencias de diferentes Equipos con relación a Programas de Salud Integrados.
- Definir los requisitos y la metodología de trabajo en las distintas fases del trabajo por Programas.
- Analizar la necesidad de actuar de forma conjunta sobre factores de riesgo de determinadas patologías.
- Analizar estrategias de implantación y desarrollo de Programas Integrados en los Equipos de Atención Primaria.
- Identificar los principales problemas que surgen en la aplicación de esta Metodología.
- Analizar las ventajas encontradas al trabajar con Programas Integrados.
- Mostrar y aportar alternativas a las dificultades que plantea el Sistema de Registro de Programas Integrados.
- Analizar la estrategia para articular la participación comunitaria en los Programas Integrados.
- Valorar resultados intermedios y en salud de las distintas experiencias que se presentan.

CONTENIDOS

Metodología en el trabajo con Programas de Salud

- Metodología en cada una de las fases
  - Elaboración del Programa
  - Implantación
  - Consolidación. Evaluación
  - Coordinación con otros Nieveles
  - Implicación de la Comunidad.

Programas Integrados

- Necesidad de abordar de forma conjunta distintos factores de riesgo.
- Ventajas, dificultades y alternativas.

Experiencias

- El programa integrado de riesgo cardiovascular.
  Centro de Salud "Casa del Barco". Valladolid.

- El programa integrado de la Mujer.
  Centro de Salud "Casa del Barco". Valladolid.

EL PROGRAMA INTEGRADO DE RIESGO CARDIOVASCULAR. NUESTRA EXPERIENCIA. CENTRO DE SALUD "CASA DEL BARCO". VALLADOLID

El intento de abordaje, en forma de Programa Integrado de Salud, de los Factores de Riesgo Cardiovascular, se justifica por varias razones:

a) El problema de la morbimortalidad por arterioesclerosis coronaria, cerebral y/o periférica presenta una magnitud elevada en todas las sociedades desarrolladas.
b) La tendencia en el tiempo, indica que cada vez nuestras sociedades se verán compuestas de gente de mayor edad, lo cual nos compromete a actuar para intentar que se llegue a ella en la mejor situación de salud, de forma que el envejecimiento no se produzca de forma cualitativamente negativa, cargado de limitaciones o secuelas que bien pudieran haberse evitado en etapas anteriores.
c) Es factible el abordaje preventivo de la patología cardiovascular y sus secuelas desde el ámbito de la A.P.S., y ello se ve potenciado cuando dicho abordaje se realiza de forma programada por diversos tipos de profesionales.
d) La repercusión social del problema es creciente, evidenciándose una cada vez mayor sensibilización de la población. Puede afirmarse que existe una inclinación positiva a implicarse en el autocuidado respecto a los factores de riesgo cardiovascular, lo que se traducirá en una mayor adherencia a los programas a ellos dedicados.

En el presente trabajo presentamos una revisión sobre el nacimiento y puesta en marcha progresiva del Programa Integrado en nuestro Centro de Salud, como resultado de una integración paulatina de subprogramas y protocolos, así como de las últimas evaluaciones y revisiones realizadas desde el procesado manual hasta los intentos de evaluación explotando la información contenida en los ordenadores del S.I.C.A.P. (Sistema Informatizado de Citación en Atención Primaria).

Tratamos de resaltar las ventajas que el abordaje integrado, *dirigido a controlar varios factores de riesgo,* representa, al incrementar la rentabilidad de las actuaciones, favorecer la continuidad e integralidad de la atención, y garantizar una mayor cobertura, mediante la captación y seguimiento desde las consultas médicas y de enfermería.

Igualmente, repasamos los problemas que hemos ido encontrando, y las actuaciones realizadas para resolverlos o paliarlos. Dichos problemas, fundamentalmente se han producido:

a) En el proceso de captación, realizado por el procedimiento de "búsqueda de casos".
b) En el diseño integrado del abordaje de todos los factores de riesgo que se pretenden controlar.

c) En el sistema de coordinación médico-enfermera dentro del E.A.P., que a veces ha sido poco fluido.
d) En la necesidad de coordinar la referencia con un segundo nivel en el que se implican muchas instancias (laboratorio, radiología, cardiólogos, endocrinólogos, oftalmólogos,...).
e) En el registro de actividades, imprescindible para un correcto seguimiento y evaluación.

Concluimos con una breve descripción de las grandes líneas del Programa, y una evaluación basada en la cobertura alcanzada, la monitorización de actividades y la medida del nivel de calidad alcanzado.

METODOLOGIA EN EL TRABAJO CON PROGRAMAS DE SALUD

Abordar problemas o necesidades de salud de la Comunidad e intervenir sobre ellos de forma científica requiere una determinada Metodología.

Los Programas de Salud pretenden ser herramientas de trabajo diseñadas para dar la mejor respuesta a estas necesidades. Lo conseguirán en la medida en que los profesionales que las utilicen trabajen por traducir sus conocimientos científicos en acciones y vayan actualizando y dinamizando su actuación, ajustándola a las necesidades y peculiaridades de la población a la que atienden y a los recursos con los que cuentan.

En un primer momento trabajar con Programas supone una dificultad y es más fácil abordar individualmente los distintos factores de riesgo cardiovascular o diferentes momentos en la vida de un grupo de población.

En esta etapa, que suele coincidir con la organización y consolidación del Equipo, los profesionales van a ir aprendiendo una Metodología de trabajo y a partir del análisis de las dificultades que van surgiendo y de la Evaluación periódica que se va haciendo de los Subprogramas.

Superados los obstáculos iniciales que plantea el Método de Programación, parece más adecuado abordar los distintos factores de riesgo cardiovascular o las necesidades que surgen en las diferentes etapas de la vida de un grupo de forma conjunta.

Algunos estudios de intervención sobre factores de riesgo cardiovascular demuestran que la mayor parte de la morbilidad por cardiopatía isquémica ocurre en personas en las que no destaca un único factor de riesgo, sino que presentan una combinación de varios factores de riesgo con valores medios o ligeramente elevados. El riesgo en estos pacientes suele pasar inadvertido. Los Programas integrados de riesgo cardiovascular deben establecer la forma de calcular el perfil global de riesgo y de intervenir de forma individualizada, ya que el grado de intervención en cada paciente, ha de ser adecuado a su nivel de riesgo.

De igual forma, en relación a la mujer o a otro grupo de población, si respondemos a necesidades que se plantean en momentos puntuales de la vida, posiblemente nuestras actuaciones serán deshilvanadas y no pasarán de ser "parches" sin continuidad.

Si partimos de la filosofía de la Atención Primaria y el objetivo es atender de forma integral al individuo, la propia dinámica irá integrando una serie de actuaciones preventivas, curativas y de promoción que serán continuas y periódicas.

Los Programas serán algo más que un conjunto de Protocolos sobre distintos factores de riesgo que utilizan hojas de seguimiento comunes para la coordinación de actividades. El nombre que damos a esta Intervención –Programas Integrados o cualquier otro– no será lo más importante.

Cuando un Equipo quiere implantar un Subprograma o un Programa Integrado, debería contar con algunos *requisitos previos*, como son:

- Mínima consolidación y organización del Equipo o al menos la voluntad de trabajar con objetivos comunes y el compromiso de los profesionales para utilizar esta metodología.
- Al ser los Programas algo más que actuaciones aisladas sobre la Comunidad, es imprescindible una estrategia integral que coordine diversas actividades del Equipo y que potencie continuamente el desarrollo de los mismos. Se necesita una trama sólida que soporte todo el proceso.

Algunos *obstáculos* que van apareciendo en la consolidación de los Programas tienen su origen en no haber reflexionado sobre la necesidad de estos requisitos y en no haber creado previamente esta trama o red.

Algunas de las dificultades que aparecen con frecuencia son:

- Resistencia de los profesionales para trabajar con una herramienta nueva que exige ser críticos con la propia actuación. Esto traduce también una falta de motivación y una resistencia para trabajar en Equipo.
- Aparecen problemas en la elaboración del Documento, ya que no todo el Equipo participa en esta fase, con lo que los criterios de actuación no se llegan a consensuar suficientemente y cuando el Programa se pone en marcha no todos los profesionales aplican lo establecido.
- Al no disponer de datos de partida fiables (situación frecuente cuando un Equipo se integra), las metas y objetivos se establecen de forma empírica y suelen ser poco concretas y difíciles de evaluar.
- En el diseño del Documento no se introduce la Evaluación como elemento dinamizador y la actividad se suele limitar a definir una serie de indicadores que resultan difíciles de obtener y no ayudan a valorar el desarrollo del Programa.
- Existe la creencia de que al estar definido en el documento todo lo que hay que

realizar, el Grupo se autorregulará de forma permanente para llevarlo a la práctica. Nada más lejos de la realidad. Existen muchos documentos de Programas, cuya elaboración ha supuesto mucho tiempo y esfuerzo, guardados y olvidados en los cajones de los Centros.

Si han aparecido las anteriores dificultades en la Fase de Elaboración, en la Implantación van a aparecer otras:

- Los profesionales no se adhieren al Programa, porque no se han consensuado los procedimientos adecuadamente.
- No se tiene claro lo que hay que registrar, cómo y dónde, con lo cual nunca se va a poder evaluar el Programa.
- La Evaluación es sentida como un proceso traumatizante y fiscalizador, y evaluar en el mejor de los casos se convierte en contar, pero no en analizar los resultados en Equipo, en entenderlos y en proponer medidas correctoras.

La identificación de estos problemas nos lleva a reflexionar y a proponer algunas *alternativas y conclusiones* con respecto al trabajo por Programas:

- Necesidad de implantar una estrategia de Formación Continuada en el propio Equipo, que tenga como objetivo el desarrollo de los Programas. (Sesiones de Equipo para unificar y consolidar criterios de actuación, no sólo en la fase de elaboración, sino de forma periódica durante el desarrollo del Programa, Sesiones e Interconsultas Docentes con los Especialistas en los Centros, reciclaje de los profesionales en algunas técnicas y habilidades que incluye el Programa, Sesiones para analizar los resultados de las Evaluaciones). Es necesaria la coordinación continua con el Nivel Especializado y con otros Sectores.
- La Administración tiene una responsabilidad importante en la articulación de esta estrategia y debe apoyar con decisión esta Metodología.
  Es fundamental desde la Administración trabajar con los responsables de los Programas a través de Seminarios, Talleres..., en los que se unifiquen criterios a nivel de Area y en los que se apoye su tarea, ya que coordinar un Programa es complicado y supone muchas veces trabajar en medio del conflicto y la resistencia de sus compañeros.
- En cuanto a la Evaluación es necesario ir convirtiéndola en un proceso continuo, suave y sentido como necesario por todos los profesionales. En Atención Primaria existen pocos indicadores normalizados de calidad de la Atención, lo cual es un serio problema que debe ser superado para conseguir la garantía de calidad.
  Uno de los primeros pasos, debería ser, exigir algunas normas mínimas para el mantenimiento de las Historias Clínicas.

- Es urgente ir introduciendo indicadores de calidad de vida y de grado de satisfacción del paciente, pues si los Programas no potencian el Autocuidado y la Responsabilidad de las personas habrá que ir buscando otras estrategias.
- Los profesionales de la salud debemos ser críticos con la propia intervención y valorar continuamente la repercusión a nivel individual y social que con ella estamos provocando, pues es posible que aparezcan efectos no deseados e indeseables con relación al estilo de vida que pretendemos instaurar.
- Al mismo tiempo es necesario ir ofreciendo espacios a la población en los que pueda opinar y situaciones concretas en las que se pueda implicar, sin olvidar que es difícil que en un primer momento la Comunidad entienda lo que es un Programa de Salud, situación que no nos ha de extrañar en cuanto hay profesionales de Atención Primaria que tampoco lo entienden ni asumen.
  Quizás haya que huir de esa idea de Comunidad como algo abstracto, que nos envuelve y que no podemos controlar. La Comunidad tiene nombre y apellidos en las Asociaciones y Grupos ya formados. Con ellos habrá que trabajar y los Programas cuando se consolidan en el Equipo van ofreciendo oportunidades que invitan a saltar los muros del Centro de Salud y a coordinarse con los Programas de Acción Social que ya existen en la Zona.
- Por todo lo anterior, se hace urgente compartir experiencias de diferentes profesionales para ir analizando estrategias de implantación de Programas Integrados, dificultades que se van encontrando, así como alternativas que se presentan y resultados de los Programas que se van evaluando.
  La teoría que subyace en los Programas diseñados de que van a funcionar no es suficiente. Es hora de dejar a un lado las creencias y empezar a disponer de certezas.

PROGRAMA INTEGRADO DEL ADULTO EN RIESGO CARDIOVASCULAR

Centro de Salud Otero. Asturias*

Analizando retrospectivamente la corta historia de los centros de salud, poco más de cinco años, se puede observar un esquema que, con pequeñas variaciones, se repite en muchos centros. En medio de un gran entusiasmo, y un afán de quemar etapas, se parte de dos ideas básicas: el diagnóstico de salud y la elaboración de programas.

Respecto al primero se producía una "sacralización" acrítica sobre su carácter de

* Presentado en las Jornadas de Programación de Palencia en diciemtre de 1991.

imprescindible, y se dedicaban ingentes esfuerzos a la elaboración de un largo documento que nunca más iba a ser leído.

Coincidentemente se iniciaba el trabajo mediante "programas" que en realidad eran, siguen siendo muchas veces, conjuntos de protocolos sobredimensionados. Aunque todos parecíamos estar de acuerdo en la necesidad de un diagnóstico de salud previo, a la hora de elaborar "programas" no seguíamos el camino lógico de plantearnos las necesidades o problemas de salud de nuestra comunidad, sino que tomábamos un conjunto de normas de actividad (que es el significado real de la palabra protocolo) por ejemplo diagnóstico de la Hipertensión, tratamiento, revisiones, etc., que agrupadas y mediante el añadido de algunos objetivos, generalmente de actividad, y la previsión de actividades evaluativas y de garantía de calidad lo convertíamos en un "programa".

Este modelo aunque pronto entra en crisis de una u otra manera en todos los centros, debido al error conceptual de su elaboración, ha tenido o tiene aspectos muy positivos y nada desdeñables como la aceptación general del concepto de protocolización de las actividades.

Un tercer aspecto importante en algunos casos fue lo que podríamos llamar la influencia del modelo hospitalario, debida a un sesgo de formación de los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR o a poner como meta de nuestros esfuerzos un modelo de organización de "consulta externa hospitalaria". Esta influencia llevó a centrar nuestros esfuerzos en la consulta a demanda, dándole la máxima calidad, pero centrándonos en el sector de pacientes "cumplidores", descuidando enfoques de cobertura de tipo comunitario.

Durante estos años todos estos aspectos han sido ampliamente debatidos y criticados por parte de los profesionales de la Atención Primaria. Quizás lo primero en discutirse fue el diagnóstico de salud como documento estático y esencial a nivel de Zona de Salud, para verse como un instrumento dinámico, con datos extrapolados en gran parte de otros niveles, y con fines de reflexión y consenso dentro del equipo, e íntimamente ligado a la fase de programación.

El primero era la pérdida de tiempo que suponía el realizar actividades similares separadas en diferentes "protocolos", especialmente en lo que se refiere al riesgo cardiovascular, con lo que se "redescubrió" la integración de actividades, y por lo tanto surgió la necesidad teórica de programas integrados. Pero la dificultad que comentaba antes, el error metodológico en la elaboración de dichos "programas" impedía que la integración fuese más allá de la utilización de modelos de historia y hojas de seguimiento comunes para la coordinación de actividades, dejando sin resolver aún las dificultades básicas.

Un segundo problema surgía con el desarrollo de los archivos de los centros y la potenciación de las actividades de detección precoz. El número de hipertensos, diabéticos, etc., comenzaba a ser tan elevado que nuestros protocolos, y por lo tanto

calidad individual (influencia del modelo hospitalario), eran incapaces de absorber la posible demanda, produciéndose un gran desequilibrio entre ésta y los recursos existentes.

Como anécdota quiero referir cómo se vivió esta situación en mi Centro de Salud. Hace unos años con motivo de la discusión y aprobación por el equipo de una serie de protocolos cardiovasculares alguien tras su aprobación decidió calcular las normas de rendimiento de algunas actividades, y se centró en la hipertensión y los ECG, según el cálculo si se cumplían los objetivos de captación propuestos, cada día de citación de ECG, habría que realizar 12 sólo para ese protocolo, cuando el máximo citado era en ese momento de 10 por todo motivo. Aquel cálculo tan sencillo llevó a una discusión que tras valorar como insuficiente incluso el máximo esfuerzo realizable por la enfermería para aumentar el número de ECG pasó a discutir la posibilidad de disminuir la periodicidad de los ECG que indicaba el protocolo, discusión que una vez planteada en términos correctos de objetivos en salud perseguidos a través de dicha actividad, llevó a valorar primero los diferentes grados de hipertensión y por fin los otros factores de riesgo asociados, es decir nos llevó al concepto de la priorización por riesgo.

Creo que en mi equipo ese momento fue clave, llevó a una reflexión en términos de necesidades de salud, objetivos en salud..., es decir llevó a retomar el esquema clásico de la planificación y programación para desarrollar un *programa* de salud auténtico que, partiendo de las prioridades (en nuestra zona, y en el mundo desarrollado en general, las enfermedades cardiovasculares), determine objetivos en salud y las consiguientes actividades, teniendo en cuenta todas las dificultades internas y externas, y especialmente la casi nula dotación de recursos suplementarios. Asumida esta falta de recursos, y teniendo como única herramienta de trabajo su redistribución, tenemos que realizar el "feed back" consiguiente y replantearnos los objetivos, siendo a nuestro juicio la mejor solución, al menos el tema del riesgo cardiovascular, la priorización por riesgo.

Y a todo ello darle forma como *Programa Integrado de Riesgo Cardiovascular.*

Para terminar me voy a referir rápidamente a los aspectos prácticos esenciales a mi juicio para llevar este programa a efecto.

La detección: Utilizamos los elementos básicos del Centro de Salud, la historia clínica y el archivo. Como requisitos imprescindibles:

- Apertura de historia y ficha por edad, sexo a todo el que acuda al Centro.
- Protocolización del despistaje de factores de riesgo en consulta y del diagnóstico de éstos.
- Registro en la historia y en las fichas (informatizado si disponemos del recurso).

Priorización por riesgo: Tras revisar la bibliografía y por consenso dentro del equipo decidimos utilizar como baremo:

Hipertensión sin especificar, leve o moderada	1
Severa	1,5
Hipercolesterolemia sin especificar, leve o moderada	1
Familiar, alto riesgo	1,5
Tabaquismo (10 ó más c/día)	1
Tabaquismo (menos de 10 c/día)	0,5
Cardiopatía isquémica	1
H.ª de ACVA transitorio o establecido	1
Enfermedad arterial periférica	0,5
Diabetes	0,5
Hipertrofia Ventricular izquierda	0,5
Obesidad	0,5
Sexo masculino	0,5

Edad: Marcador de riesgo fundamental no lo baremamos aquí, pero se valora al aplicar el baremo para la selección al establecer diferentes "dinteles" de riesgo según grupo de edad.

Aplicando este baremo realizamos un estudio sobre toda la población adulta de nuestra zona, aún no publicado, que nos ha permitido establecer "el perfil de riesgo" de nuestra comunidad, y valorar diferentes puntos de corte que nos permitan una inclusión progresiva en el programa en función del riesgo.

Por ejemplo si nos consideramos capaces de asumir el trabajo que generen en el programa el 1% de nuestros adultos de 15 a 65 años estableceríamos como criterios de inclusión en el programa:

Resultados 1990

Punto de corte	1%	2%	4%
Edad:			
55 a 64	3,5	3	2,5
40 a 54	3	2,5	2
30 a 39	2,5	2	1,5
20 a 29	2	1,5	1
15 a 19	1	1	1

Puntos a partir de los cuales se debe incluir en programa según diferentes objetivos de cobertura expresados en porcentaje de adultos.

Integración de actividades: Los aspectos operativos de un programa muchas veces plantean dificultades que a priori no sospechamos, el inadecuado cumplimiento de los aspectos protocolizados de las revisiones nos llevó a constatar que incluso los directos autores de muchos protocolos olvidaban aspectos básicos cuando eran preguntados en condiciones de premura similares a las de una consulta, por lo que diseñamos una (30 en realidad) hoja de contenido de las revisiones, individualizada para cada paciente en función de las diferentes combinaciones de factores de riesgo que presente.

Este programa, para estas fechas, según el cronograma establecido debería llevar unos meses de rodaje, pero aunque al establecer el proyecto de implantación se deban valorar todas las dificultades internas y externas, nadie pudo prever qué medidas tomadas por la propia dirección provincial iban a sumir a los centros en una situación de desorganización y conflicto que han impedido su desarrollo pleno. Por lo tanto lamento no poderme referir a alguno de los objetivos de esta mesa tal como la valoración del impacto de los programas en la comunidad.

Para terminar quiero insistir que todo esto no supone, ni debe suponer una ruptura con la protocolización generalizada de todas las actividades; sino que de algún modo se plantee una doble estrategia: sobre toda la población la detección precoz y la aplicación de protocolos "mínimos" integrados en la consulta diaria, y sobre la población seleccionada un programa lo más completo posible que ha de reunir las características de ser integrado y de priorizar el riesgo.

PROGRAMA DE LA ATENCION INTEGRADO DE LA MUJER

Experiencia en un Centro de Salud Urbano. Valladolid

La puesta en marcha de un Programa Integrado de Atención a la Mujer surge de la viabilidad de abordar desde la Atención Primaria de Salud los distintos factores de riesgos que pueden influir en el binomio salud/enfermedad de este colectivo por el hecho de pertenecer al sexo femenino y que en resumen serían:

- Patología Ginecológica: infecciosa y tumoral.
- Gestaciones: favoreciendo las deseadas y evitando las no deseadas.
- Infertilidades.

El abordaje integrado de estos factores es posible. Las actividades tanto de Prevención Primaria "Educación Sanitaria y Orientación Familiar" como de prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento) pueden ser abordadas, en todo o en

parte, desde la Atención Primaria. Es preciso que exista un contacto fluido con el 2.º nivel funcionando con Protocolos conjuntos de atención y derivación para los distintos problemas detectados.

En función de su edad biológica la mujer está expuesta a distintos factores de riesgo sobre los que cabría la posibilidad de intervenir desde la A.P.S.:

1. Mujer en la edad fértil (15-49 años)

Actividades de *orientación familiar* para detectar infertilidades y orientar hacia el uso de métodos anticonceptivos.

Siguiendo el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud se realizarían actividades de *detección precoz de carcinoma genital* a partir de los 20 años y con una periodicidad variable según la edad.

Si existe una *gestación,* se realizarán actividades de detección precoz y seguimiento en colaboración con el servicio de tocología del 2.º nivel. Especial importancia tiene la visita realizada en el tercer trimestre y sobre todo la de puerperio, al ser nexo de unión con el Subprograma de Orientación Familiar. Actúa así mismo como puente con el servicio de pediatría colaborando con la captación precoz del recién nacido y en el estímulo para la utilización de la lactancia materna.

2. Mujeres menopáusicas y postmenopáusicas (45-70 años)

Se realizan actividades de *detección precoz de carcinoma genital y de mama,* mediante citologías, exploración ginecológica, mamografías y búsqueda activa de metrorragias postmenopáusicas que oriente hacia patología Endometrial.

En nuestro caso concreto esta actividad integrada surge como una modificación de un programa inicial de atención a la mujer embarazada que comenzó a funcionar en 1986 y que actuaba como trampolín de captación para actividades de orientación familiar e incluso de detección precoz de carcinoma genital para ese grupo determinado de mujeres. A partir de esta situación y pasando por diversas realidades que nos hicieron ir abandonando las actividades de atención directa a la gestante hasta quedar reducidas a tres visitas por gestación. Ello nos permitía seguir en contacto con la mujer y captarla para otras actividades, se ampliaron estos nuevos subprogramas hasta un intento de abordaje integrado e integral de la mujer.

Esta experiencia viene realizándose en los dos últimos años, la evaluación realizada mediante un sistema de registro que no acaba de ser operativo y una auditoría de historias clínicas con objeto de valorar el nivel de calidad de nuestras actuaciones, nos

parece positiva, si bien consideramos que nuestro nivel de cobertura es bajo especialmente en las actividades de Orientación Familiar.

Esperamos que con la facilidad para el registro que ofrece el SICAP conozcamos de forma más fehaciente nuestra cobertura real y nos permita en el futuro hacer una evaluación más crítica del funcionamiento de nuestro Programa.

Ponencia:

HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

AUTORES:

Blas A. Marsilla de Pascual
Veterinario. Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad

María Luisa Usera Clavero
Médico. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad

Jerónimo Rueda Salmerón
Médico E.A.P. Centro de Salud Sta. María de Gracia. Murcia

M.ª Dolores Flores Bienert
A.T.S. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Murcia

Silvia Sánchez Verdoux
Médico. Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad

Patricia Moreno Pina
A.T.S. E.A.P. Centro de Salud de Molina de Segura

M.ª Carmen Olmos Rojo
Trabajadora Social. Centros de Salud de Totana y Lorca S. Diego

I. INTRODUCCION

Dentro del ámbito de la salud medioambiental, la Higiene Alimentaria se ha constituido en un importante sector por razones evidentes de consumo universal de los alimentos y ser éstos, una vía que condiciona, de una manera fundamental, el nivel de salud de la población.

La preocupación por el control de la Higiene de los Alimentos ha ido necesariamente unida a la evolución histórica del hombre; si hacemos un breve repaso de las etapas evolutivas nos encontramos en primer lugar con la etapa *Empírica* con predominio de la influencia religiosa y, por tanto, ejercida principalmente por castas sacerdotales.

Más tarde, en la civilización griega surge la etapa *Clásica* que marca el inicio de las normas higiénicas en la inspección de alimentos a cargo de las autoridades administrativas y por sus delegados, los veedores.

En la segunda mitad del siglo XIX se establece la etapa *Higiénica* con base en técnicas de inspección macroscópica y ya bajo la responsabilidad de los veterinarios; en las obras clásicas como la de Peter Frank, se hace mención a que determinadas enfermedades de los animales obligaban a decomisar sus carnes para evitar intoxicaciones. En estas fechas Ludwig von Sckendorf formuló un programa de gobierno, incluyendo entre sus disposiciones "la inspección de alimentos con el fin de proteger a la población de importantes enfermedades".

La etapa *Sanitaria* se inicia con la preocupación que originan dos procesos parasitarios: la triquinosis y las teniasis, y uno bacteriano: la tuberculosis. Esto supuso una fundamentación en el conocimiento científico y la ayuda tecnológica.

Por último la etapa de *Salud Pública* cuyo inicio puede ser fijado en el descubrimiento de las causas etiológicas de las infecciones-intoxicaciones alimentarias, entrando en juego la epidemiología y el perfeccionamiento de las técnicas de laboratorio.

Hoy día entendemos que no basta contar con alimentos suficientes de contenido nutricional adecuado, sino que el consumo de esos alimentos no debe presentar ningún riesgo ni poner en peligro la salud del consumidor a causa de infecciones o intoxicaciones representando todo ello un aspecto fundamental de la atención primaria de salud.

Podemos considerar la Higiene de los Alimentos al conjunto de condiciones y medidas necesarias durante la producción, elaboración, almacenamiento, distribución y preparación de los alimentos, que aseguran que sean inocuos, saludables y aptos para el consumo humano, lo que nos posiciona en una perspectiva de promoción de salud y prevención de las enfermedades.

La contaminación biótica y abiótica en los diferentes puntos de la cadena alimentaria por diversas causas es una realidad.

Las consecuencias en la salud van desde la intoxicación aguda, a los efectos producidos a largo plazo como la carcinogenicidad, si bien estos son mal conocidos debido a la heterogeneidad de sustancias que pueden incidir, y la variabilidad de las

dosis a las que está expuesta la población.

La evolución de los hábitos sociales, la práctica del turismo y el ingreso de una parte de la población femenina en el mercado de trabajo han producido modificaciones profundas en el consumo alimentario. En ciertos países, la mayoría de las comidas están preparadas fuera de casa, la restauración ha sustituido a la cocina casera, lo que suscita nuevos problemas ligados a la evolución de los métodos de producción, de conservación y de preparación de alimentos.

La estrategia "Salud para todos" de la Organización Mundial de la Salud en su objetivo 19 aboga porque los Estados Miembros tengan un sistema de vigilancia, evaluación y reducción de los riesgos relacionados con el medio ambiente que constituyan una amenaza para la salud humana en los que están comprendidas, entre otras, la sustancias químicas potencialmente tóxicas, los productos de consumo peligroso y los agentes biológicos. Posteriormente en su objetivo 22 considera que los Estados Miembros "deben reducir sensiblemente los riesgos relacionados con la contaminación de los alimentos y poner en acción medidas para proteger a los consumidores de los hábitos nocivos".

La Conferencia Europea sobre el Medio Ambiente y Salud, celebrada en Frankfurt en diciembre de 1989 reunió, por primera vez, a los ministros de las áreas citadas de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, en ella se elaboró y adoptó la Carta Europea sobre el Medio Ambiente y la Salud, considerando los principios y estrategias que se establecen en dicha Carta como un firme compromiso de acción.

La Carta Europea reconoce los derechos y responsabilidades de los individuos, los diversos sectores de la sociedad, las entidades públicas y privadas y de la autoridades, constituyendo unos principios de política general en la que hace resaltar los principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por encima de otras consideraciones económicas y de desarrollo.

En este contexto una de las prioridades que marca la Carta es la seguridad microbiológica y química de los alimentos.

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que los sistemas para detectar las intoxicaciones alimentarias son insuficientes y estima que, como mucho, el 5 por 100 de los incidentes agudos se declaran en la mayoría de países.

Es de esperar que un país desarrollado como España, registre un porcentaje mayor de esos incidentes, pero también es seguro que estamos aún muy lejos de que nuestros sistemas de información nos den una imagen veraz de lo que pasa en nuestro medio.

En la Región de Murcia se registraron durante el año 1990 un total de 62 brotes de infección e intoxicaciones de origen alimentario, con un total de 613 casos, lo que supone un aumento del número de brotes del 51'2% en comparación con el año 1989 en el que se notificaron 41 brotes.

Por otro lado, los Servicios Veterinarios de la Consejería de Sanidad evidencian en

las investigaciones realizadas altos índices de matanzas clandestinas de carne de ovino y caprino así como de aves y conejos, la falta de registro sanitario en la mayoría de la lonjas de pescado, el desconocimiento del empleo de aditivos y la falta de control sanitario en estos productos, la venta clandestina de leche a granel y la dificultad del control sanitario de los huevos.

Los trabajos realizados sobre el análisis de la situación ponen de manifiesto el déficit de inspección global y la escasa efectividad de la misma debido, principalmente, a la insuficiencia de recursos humanos existentes.

El ser humano cubre sus necesidades nutritivas al igual que el resto de los seres vivos a través de los alimentos, fuentes de esos nutrientes.

Razones de orden biológico imponen una selección de alimentos que contengan los nutrientes esenciales y en aportes adecuados, lo que unido a la particularidad de cada país o civilización ha creado un modo específico de alimentación llamada gastronomía.

Esto nos introduce en la secuencia de hechos desde que un alimento en su estado natural (un ser vivo o partes de él) se convierte en un plato preparado, doméstica o industrialmente y que conocemos como *cadena alimentaria,* ésta abarca desde la agricultura, ganadería y pesca hasta un moderno supermercado, restaurante, o el hogar. A primera vista el consumo de alimentos es sano, pero en cada estadío, la salud de los consumidores puede ser seriamente afectada.

En este proceso llamado cadena alimentaria modificamos la materia viva para dotarla de características culinarias: se extrae de las fuentes primarias, se transforma físicamente, se le añaden aditivos químicos y en cada uno de estos pasos puede haber potencialmente un peligro para la salud, el cual puede provenir de una contaminación microbiológica o infecciosa física, química o nutritiva.

Uno de los objetivos primordiales de esta ponencia, consiste en identificar en este proceso, cada vez más complejo, desde un alimento natural hasta que se consume en plato o bebida, donde están los puntos de riesgo o *Puntos críticos* para la salud y que pueden hacer cada uno de los servicios sanitarios para promover salud o al menos para protegerla.

Debemos recordar desde una perspectiva global de la salud, que ésta está determinada por cuatro factores fundamentales

En palabras de Thomas Mckeown, inspirador de la recuperación higienista del siglo XX, y fundamentador del proyecto Ciudades Saludables "La alimentación es el factor por sí solo, más importante para la salud".

El medio ambiente, y los alimentos en particular no parecen formar parte de las

tareas de los servicios sanitarios, especialmente de aquellos con responsabilidades asistenciales. Pero la Atención Primaria, como pieza de base de todo el sistema sanitario o al menos como disciplina científica (y en uno de sus congresos estamos) no puede obviar este determinante fundamental de la salud como es la alimentación y en particular la higiene y seguridad de los alimentos, pues por otra parte está asumido su participación en los estilos de vida o en los riesgos para la salud derivados de la genética.

Servicios Sanitarios	→	Dotación genética	→	SALUD
	→	Medio ambiente		
	→	Estilos de vida		

¿Pero cómo enganchar a la atención primaria entre las demás partes de los Servicios de Salud en la Higiene de los Alimentos?

Hemos de buscar, y es tarea de todos nosotros, los posibles puntos de actuación en la cadena alimentaria, así como la metodología y herramientas con las que cuenta una Atención Primaria que hemos de ir definiendo en sus contenidos extrasistenciales.

II. OBJETIVOS

1.º Analizar la relación entre el proceso que sufren los alimentos y los riesgos para la salud.
2.º Abordar la necesidad de operativizar los mecanismos de control y garantía de la Higiene de los Alimentos, en relación a la situación actual y necesidades futuras.
3.º Proponer estrategias de coordinación e intervención entre la Atención Primaria y los Servicios de Salud Pública en el campo de la Higiene de los Alimentos.

1.º Riesgos para la salud

Importancia de los alimentos en la transmisión de enfermedades

Actualmente existen pocas dudas de que los alimentos han sido y siguen siendo el determinante particular más importante de la salud.

Los problemas de deficiencia alimentaria y la infección surgen principalmente como resultado de la pobreza, pero en nuestro medio el exceso de alimentación, el desequilibrio y la contaminación química tienden a aumentar, y todavía no hemos encontrado la manera de controlar las toxiinfecciones alimentarias.

Todo ello son deficiencias a tratar en un intento como éste, de abordarlas ligándolas

al proceso global de promoción y mantenimiento de la salud de las instituciones sanitarias y el particular de Atención Primaria de Salud.

La importancia de la Higiene de los Alimentos la marca el riesgo potencial y real que tienen los alimentos por ser vehículo de transmisión al hombre de una gran cantidad de enfermedades.

Tradicionalmente se conocen las causas de las contaminaciones de origen biológico y parece que por conocidas, tendrían que ser fácilmente abordables e incluso erradicadas, esto no es así, es más, las tendencias de toxiinfecciones alimentarias en toda Europa están aumentando, por tanto, es sin duda un problema de gran magnitud que tiene incidencia sobre muchos miles de personas.

Por otra parte, debido al gran auge de la Tecnología Alimentaria, como consecuencia del estilo de vida industrial, y a la necesidad de obtener una gran cantidad y variedad de productos alimentarios que tengan además una calidad visual óptima a unos precios muy competitivos la industria de la alimentación ha manipulado el alimento y lo ha sometido a una serie de procesos en los cuales se ha usado una gran cantidad de sustancias ajenas. Esas sustancias han dado origen a una serie de contaminaciones químicas y físicas que se han sumado a la contaminación ambiental (aguas, suelos,...) incidiendo directa e indirectamente sobre el alimento.

Ha sido estudiado que en un año cada uno de nosotros sin saberlo consume cerca de un kilo y medio de productos químicos que no son constituyentes naturales de los alimentos.

Todo ello nos sitúa ante una problemática de toxicidad crónica de dimensiones desconocidas, ya que la mayoría de esas sustancias tienen carácter acumulativo lo que significa un incremento de concentración a lo largo de la cadena trófica a pesar de las posibles bajas concentraciones.

La primera consideración sobre productos químicos y salud es que muchos de ellos y de los más nocivos se usan en la agricultura para proteger plantas contra animales, insectos y hongos. Se han identificado más de 100 sustancias con serio peligro para agricultores. Los antibióticos y hormonas empleadas en la crianza de animales también presentan peligros por ejemplo penicilina en leche de vaca tratada por mastitis, pueden causar reacciones anafilácticas en personas sensibilizadas y sensibilizar a otras.

Desinfectantes, catalizadores, blanqueadores y clarificadores son todos ampliamente usados en la industria alimentaria y la posible contaminación de alimentos enlatados con metales pesados particularmente zinc y plomo, es un motivo para preocupar. Otra preocupación añadida surge de la contaminación de aguas pesqueras con efluvios industriales conteniendo mercurio y otros venenos. La eliminación de residuos del proceso nuclear no es sólo el último, sino el más preocupante de los riesgos de la contaminación.

La adulteración fraudulenta de alimentos no será por mucho más tiempo frecuente, pero los aditivos químicos han sido usado legalmente desde el siglo XIX.

La manipulación química para preservar y mejorar los alimentos es ahora general y difícil de controlar.

Prácticas reconocidas y permitidas incluyen la adición de antioxidantes, agentes hidrolizantes así como protectores de superficie para preservarlas, edulcorantes, acidificadores y especias para estimular el sabor, colorantes, blanqueadores, clarificadores y cristalizadores para mejorar la apariencia y emulsionantes y ablandadores para ensalzar la consistencia.

Todo ello compone un mosaico de situaciones complicadas de evaluar y abordar por los Servicios de Salud pero indudablemente esta muy ligado a las "nuevas estrellas" de la morbilidad humana, nuevas enfermedades asociadas a la civilización cuyos efectos empezamos a conocer todos.

No pretendemos desde aquí, hacer un inventario exhaustivo de ellas sino, hacer una llamada de atención sobre los profesionales de la salud para que se valoren convenientemente las consecuencias que en la salud produce un control deficiente de la Higiene de los Alimentos en todos los eslabones de la cadena.

Hemos visto que las sustancias que pueden contaminar los alimentos son múltiples y diversas. Gráficamente podríamos clasificarlas en: Biológicas, Químicas y Físicas. Tabla 1.

Pero de un modo orientativo nos centraremos sobre tres grupos de contaminantes que por su volumen, incidencia y peligrosidad, nos parecen en la actualidad más representativos de los riesgos sobre la salud humana.

Grupo I: Salmonelosis y otros contaminantes biológicos

Los microorganismos que pueden causar enfermedades ligadas a alimentos son generalmente bacterias. Los protozoos y virus, realmente son transportados por alimentos o agua de higiene defectuosa, pero no suelen desarrollarse o producir toxinas en alimentos como consecuencia de contaminaciones en puntos críticos de la cadena alimentaria.

Los microorganismos causan toxiinfecciones alimentarias por dos mecanismos:

- Invasión directa de la pared intestinal, por ejemplo la Salmonella.
- Por producción de una enterotoxina, por ejemplo Clostridium perfringens, Stafilococus aureus, etc.

Las toxiinfecciones alimentarias son generalmente más comunes en verano con altas temperaturas que favorecen su desarrollo, aunque se declaran casos a lo largo de todo el año.

Según los datos recogidos en los países anglosajones por su frecuencia y relevancia tres toxiinfecciones resaltan de manera prominente:

- *Salmonelosis:* estan siendo crecientemente importantes. Dentro de ellas Salmonella

Tabla 1

- CONTAMINACION BIOLOGICA
  - Salmonella
  - Campylobacter
  - Listeria
  - E. coli
  - Estafilococo
  - Clostridium
  - Alcaloides del cornezuelo del centeno
  - Aflatoxinas

- CONTAMINACION QUIMICA
  - Nitrosaminas
  - Hidrocarburos
  - Aditivos
  - Plaguicidas y PCB
  - Residuos de Medicamentos (antibióticos, hormonas, B-agonistas, tranquilizantes)
  - Metales pesados (mercurio, plomo,cobre, cadmio..)
  - Detergentes y desinfectantes

- CONTAMINACION FISICA
  - Elementos radiactivos (I^{131}, c_s^{137}, S_r^{90}).

enteritidis es la más frecuente, generalmente asociada a aves y huevos. También según los países presentan una elevada prevalencia los brotes por Salmonella typhimurium.

- *Campylobacter:* aunque todavia menos atractivos a la atención pública, porque la enfermedad asociada suele ser suave y esporádica. Hay que resaltar las crecientes implicaciones de una de sus especies el C. pilorii en la patogenia de la úlcera gástrica. No obstante estan identificándose en muchos lugares más frecuentemente que las salmonelosis.
- *Listeriosis:* se piensa que es importante, aunque es poco frecuente, porque se van identificando crecientemente mas casos y sobre todo debido a que produce una grave enfermedad y por su asociación con dos cuadros de malformaciones fetales y neofetales con alta mortalidad.

Se podría decir que las *Salmonelosis* son el buque insignia de las toxiinfecciones alimentarias.

- La principal fuente de infecciones son los animales, aunque la transmisión persona a persona también es posible.
- La infección puede ser subclínica, o causar una seria gastroenteritis muy debilitante e incluso una septicemia, que puede ser fatal especialmente en ancianos y niños.

Se han asociado las diferentes especies y serotipos investigados en los brotes en EE.UU. y Reino Unido a diferentes fuentes de alimentos contaminados, así:

- Salmonella typhimurium se ha asociado a infecciones en ganado vacuno y aves. Algunos serotipos como S. agona y S. hadar se han atribuido a piensos animales contaminados y asociados a infecciones en aves.
- Las más recientes epidemias de Salmonella enteritidis se han atribuido en gran medida a aves y huevos de gallina, como se ha evidenciado en asaderos de pollos, así como en granjas de gallinas ponedoras, se ha demostrado la infección del tejido ovárico de gallinas ponedoras como asociada al aumento de los brotes de infecciones asociadas a huevo de gallina.

Las Salmonelosis pertenecen al grupo de toxiinfecciones de período de incubación medio, oscilando entre 12-36 horas con un rango de 6-72 horas.

Las salmonelosis pueden invadir el organismo desde la infección entérica, causar bacteriemia, meningitis, osteomielitis, multiples abscesos y otras sepsis.

El *diagnóstico* se deduce de las características:

- Clínicas: Diarrea, vómitos, fiebre, dolor abdominal, postración, e infecciones localizadas.
- Del período de incubación (si el alimento portador y el tiempo de consumición son conocidos).
- El tipo de alimentos.
- El diagnóstico de certeza puede ser realizado por el envío de muestras adecuadas al laboratorio, por supuesto éstas incluyen alimentos.
- Es especialmente importante el envío de heces durante la fase aguda o lo más pronto posible.

Aunque el cortejo de síntomas causados por los organismos más frecuentes no es grande, el tipo de toxiinfección alimentaria puede sospecharse de las características clínicas con una certeza adecuada.

El tipo de alimento también puede dar una pista, aunque no es procedente hacer demasiadas enunciaciones de ello. Por ejemplo la alergia alimentaria puede causar algunas veces síntomas idénticos a los de las toxiinfecciones, pero a diferencia de éstas también puede haber manifestaciones cutáneas y respiratorias, pero lo que es más importante, la alergia alimentaria no cursa en brotes.

Tipos de alimentos característicos

Aunque no hay una especificidad total como ya se ha dicho, hay alimentos típicos para cada toxiinfección, es conocido que para Salmonellas pueden ser:

- Carne de aves, otras carnes y huevos (o derivados).
- Leche y cremas o lácteos (derivados, helados, etc.).
- Chocolates, coco, alimentos desecados y especies.

En cuanto a las temperaturas para la reproducción de los gérmenes, todos ellos lo hacen adecuadamente a la temperatura corporal de 37 °C sobre todo las Salmonellas. Suelen necesitar humedad para la multiplicación bacteriana, pero las salmonellas pueden sobrevivir, aunque sin reproducirse, durante largos períodos en alimentos desecados.

En cuanto a la prevención doméstica o profesional, hay unas cuantas reglas de oro:

- Descongelar cuidadosamente.
- Calentar adecuadamente.
- Comer inmediatamente
- Enfriar por tiempo menor de una hora.
- Refrigerar usualmente los alimentos susceptibles.
- Evitar siempre recontaminar desde manipulador o alimentos no cocinados.

Hay una guía de *actuación adecuada* que debe seguirse en manipulación de alimentos:

1. Calentar adecuadamente para eliminar células vegetativas o bacterias patógenas. Es especialmente importante calentar las aves y carnes con hueso y "atadas" suficientemente, pues son las más frecuentemente contaminadas profundamente en su interior. Descongelar adecuadamente estos alimentos es un importante requisito para cocinarlos con seguridad. Cuando se rellenan carnes y aves es importante conocer el peso final para calentar el tiempo adecuado de cocinado. Se debe ser especialmente cuidadoso con piezas de carne mayores de tres kgs.
2. Consumir los alimentos dentro de una hora de haberlos cocinado.
3. Si se conservan, es esencial enfriar tan rápido como sea posible (en menos de 1,5 horas). Una gran cantidad de alimento como arroz, salsa, etc. dificulta el enfriado rápido por eso es útil, subdividir.
4. Enfriar a menos de 4 °C (comprobar la temperatura del frigorífico regularmente).
5. Evitar siempre recontaminar el alimento despues de refrigerarlo. Superficies, utensilios, cuchillos o cortadores, contenedores, manos, deben evitar poner en contacto alimentos crudos con los ya cocinados, o ser lavados cuidadosamente después del contacto con alimentos crudos. La contaminación cruzada, por derramamiento, contacto, etc. puede ocurrir en el frigorífico.
6. Cuando se recalientan alimentos, éstos deben alcanzar en todas sus partes el punto de ebullición. Esto es obviamente más fácil con pequeñas porciones de alimento.

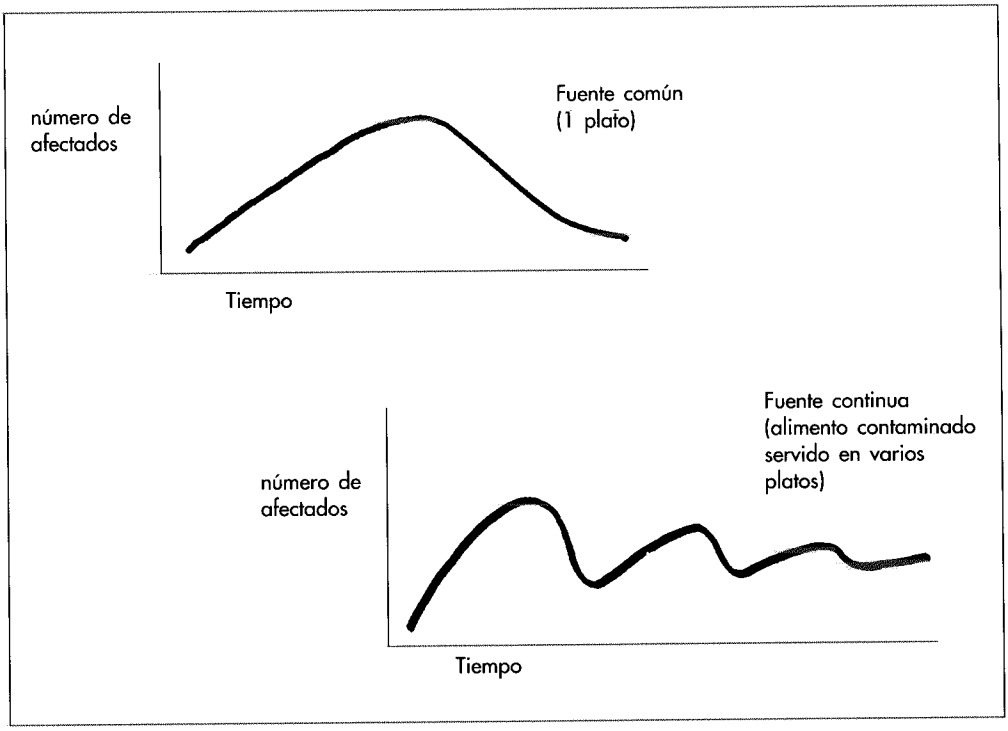
Investigación del Origen

Fuente de Infección:

Alimentos contaminados en origen	En portadores humanos
- Salmonella (usualmente)	- Virus (heces)
- Clostridium perfringens	- Estafilococo aureus (infecciones cutáneas portadores nasales o en piel)
- Vibrio parahemoliticus	
- Bacilus cereus	
- Campylobacter	- Salmonella

Pero en muchos brotes la causa es todavía indeterminada por:

a) El alimento implicado no está disponible, o son enviados para muestra alimentos equivocados.
b) Las deposiciones no están disponibles.
c) El brote es notificado demasiado tarde.
d) El laboratorio no recibe suficiente información para buscar organismos relevantes.



Tratamiento y Prevención (Reglas Generales)

1) No dar antibióticos si sólo hay síntomas gastrointestinales.
2) Fluidoterapia, mientras haya diarrea, oral o intravenosa.
3) Mejor evitar antidiarréicos de manera habitual.
4) La higiene debe ser escrupulosa mientras hay diarrea aguda.
5) Evitar la manipulación de alimentos mientras hay diarrea aguda.

Prevención

1) Mejor higiene alimentaria, en manipuladores de alimentos profesionales y en el hogar.
2) Educación para la salud a manipuladores.
3) Mejor saneamiento en cocinas y áreas de almacenaje de alimentos.
4) Reducir los niveles de contaminación de alimentos en origen, mejor alimentación animal, así como en la reproducción, eliminar las fuentes de contaminación y las oportunidades de multiplicación de organismos durante los procesos de manufactura.
5) Detección precoz de brotes por sistemas de vigilancia epidemiológica adecuados.
6) Investigación de los brotes por personal experto.
7) Buen sistema de una red de eliminación de alimentos nocivos, así como desarrollo de otras medidas de control.

Pero a nivel general de Salud Pública, las toxiinfecciones alimentarias implican una visión global que es multidisciplinar e implica a otros sectores aparte de los sanitarios.

Realmente la prevención de la Salmonelosis es un desafío para la Salud Pública.

Hay dos posibles enfoques para intentar reducir la infección de animales para uso como alimentos, así como la manipulación de los productos animales de tal manera que se reduzcan los riesgos para la salud.

1. El primer *enfoque* es difícil de llevar a cabo y se plantea en primer lugar la eliminación de Salmonellas de los piensos animales y el desarrollo de criaderos libres de salmonellas.
2. El segundo *enfoque* se refiere al manejo cuidadoso de las canales animales para evitar la difusión del organismo. El énfasis ha de ponerse en las precauciones higiénicas en la preparación de los alimentos para prevenir la contaminación cruzada y la contaminación y multiplicación del organismo, así como el cocinado cuidadoso de todo aquel alimento sospechoso de estar afectado.

La prevención implica participación de una amplia variedad de gente, incluyendo ganaderos, veterinarios, epidemiólogos, microbiólogos, restauradores y también los cocineros domésticos.

Aunque como se ha dicho, la Salmonelosis puede representar por su importancia, frecuencia y multifactorialidad a todas las toxiinfecciones, realmente se pueden resaltar

algunas características de otros grupos:

Campylobacter. Es una infección cada vez más frecuentemente detectada en todos los países, quiza tanto por el aumento intrínseco de su frecuencia como por mejores técnicas de detección.

Se suele encontrar en intestinos de animales salvajes y domésticos, las aves infectadas son la fuente más frecuente de contagios. No se suelen multiplicar en alimentos.

La mayoría de los casos son esporádicos aunque pueden haber pequeños brotes asociados a leche. Es mal transmitida por el agua.

Listeria

No muy frecuentemente detectada, es de creciente importancia porque:

- Aunque habitualmente se presenta como leve cuadro gripal, puede llegar a una severa septicemia en inmunodeprimidos o ancianos y por su gran patogeneidad en el embarazo puede producir abortos, fetos muertos, o nacidos vivos con graves malformaciones.
- A pesar de no existir muy claras evidencias de transmisión alimentaria en la mayoría de los casos, es prudente que los grupos de riesgo, especialmente embarazadas eviten alimentos que a veces están contaminadas con listerias como quesos blandos, patés, etc.

Escherichia coli. Habitual como flora intestinal, algunas cepas pueden ser patógenas intestinales y algunas de éstas de transmisión alimentaria.

La enfermedad, una colitis hemorrágica puede ser grave y puede tener un síndrome hemolítico-aménico como complicación.

Otros orqanismos a destacar

- G. Bacillus. Entre los cuales cabe destacar B. cereus presente en productos cocinados cárnicos, vegetales, etc. que produce un tipo de cuadro diarréico. El cuadro de tipo emético se asocia fundamentalmente a arroz cocinado.
- Clostridium perfringens. De esporas muy resistentes y por ello frecuentes en el intestino de animales, el hombre y en el medio ambiente. Su participación en toxiinfecciones se debe a malas prácticas higiénicas que han permitido el desarrollo del germen, por ejemplo mantenimiento de alimentos cocinados a temperatura ambiente.

Virosis de transmisión alimentaria

El más frecuente es el virus de la Hepatitis A, presente en agua y alimentos a partir de su diseminación fecal-oral. Es endémica en países con condiciones higiénicas bajas. Suelen asociarse sus brotes con consumo de moluscos, pero otros alimentos pueden ser el vehículo de contagio.

Otro grupo de creciente interes compuesto por Astrovirus, Calicivirus y Rotavirus

parecen presentarse en una frecuencia cada vez mayor conforme su identificación avanza. Su característica fundamental es que pueden transmitirse persona a persona, pero al mismo tiempo ocurrir en toxiinfecciones alimentarias por alimentos crudos como ostras y otros moluscos primordialmente contaminados a través de un excretor humano.

- La otra característica más importante es que su notificación es escasa y probablemente sean una causa muy frecuente de enfermedad humana intestinal ligada al consumo de alimentos crudos. La dificultad de identificación virológica quizá está haciendo que permanezcan sin identificar en el grupo miscelanea otros "procesos diarréicos".

Esto unido a la epidemiología antedicha conlleva la necesidad de mejorar los niveles de higiene en el cocinado y restauración especialmente con alimentos a consumir crudos, así como métodos de cultivo de moluscos (especialmente ostras) más seguros, con un hincapie especial en que el agua sea Salubre.

Grupo II. Residuos de plaguicidas en alimentos

Los plaguicidas, que en su primer momento fueron enormemente positivos en los terrenos de Salud Pública, agricultura, protección ganadera, forestal, etc., desencadenan con posterioridad una serie de efectos secundarios graves e inesperados consecuencia de su persistencia, acumulación, dispersión, transformaciones químicas, uso masivo,.... produciendo efectos indeseables en el hombre y su medio.

Los residuos de plaguicidas en alimentos es una realidad no deseada por el hombre a la que éste busca una solución compatible con el mantenimiento del uso de productos químicos.

Los alimentos constituyen la principal fuente de ingresos de plaguicidas en el organismo, cifrándose en un 90% en poblaciones no expuestas.

Se han encontrado residuos de plaguicidas en la práctica totalidad de productos que forman parte de la alimentación humana, tanto vegetales como animales y sus derivados en concentraciones que van desde picogramos hasta miligramos.

Ello se traduce en una serie de riesgos para la salud de la población que incorpora a su dieta productos químicos de los que casi nunca se conoce su composición ni su cuantía en un alimento o bebida dados.

Este problema se ve agravado por la falta de sintomatología específica con la que cursan la mayor parte de intoxicaciones por plaguicidas y la escasa preparación técnica adecuada de los Servicios Sanitarios en este tema, dificultando su detección.

Actualmente la mayor preocupación que suscita la ingestión de residuos de plaguicidas a largo plazo es su poder cancerígeno y su poder mutagénico. Una reciente revisión obtuvo datos de mutagenicidad en el 50% de los plaguicidas estudiados y un 13,63% de productos con datos de carcinogenicidad, ello teniendo en cuenta la limitación de los plaguicidas estudiados, debido a la duración, complejidad y alto costo de las investigaciones.

En este sentido la clasificación de peligrosidad de los plaguicidas recomendada por la O.M.S., en función de su toxicidad aguda (DL5O) se manifiesta en la actualidad desfasada, ya que un producto clasificado como poco peligroso, como sería el caso de algunos organoclorados, puede inducir procesos cancerígenos o mutagénicos.

A modo de ejemplo podemos apuntar que el DDT ha demostrado su capacidad de provocar tumores hepáticos en animales de experimentación tanto a dosis elevadas como a dosis mínimas. La Etilentiourea (ETU) ha inducido cáncer de tiroides en ratas, el Maneb ha producido experimentalmente aumento de la incidencia de cáncer de pulmón en el ratón, etc.

Por otro lado en seres humanos existen pruebas experimentales que evidencian una estimulación de la actividad de las enzimas microsomales en las celulas hepáticas por parte de plaguicidas organoclorados y sustancias químicas orgánicas halogenadas, también se ha observado neurotoxicidad con cuadro de ataxia y debilidad muscular de dificil recuperación, por parte de algunos organofosforados, etc.

Existe una práctica ausencia de estudios sobre *adición*, entendiendo por tal la sumación de efectos de un residuo en un mismo alimento o en varios alimentos (pues éste es el modo real de ingesta), *sinergia* como potenciación de la acción tóxica entre dos compuestos y *susceptibilidad individual*, todo ello deja un importante vacío en el campo de la investigación y por tanto sobre el conocimiento de los efectos en la salud humana.

Por consiguiente vemos, que los residuos de plaguicidas en los alimentos y su consiguiente ingesta suponen un peligro potencial de dimensiones desconocidas que habrá que irlo valorando con seguimiento y ampliación de estudios de cara a aumentar el grado de seguridad al establecer los límites máximos de residuos de plaguicidas en alimentos.

No podríamos hacer una referencia a los residuos de plaguicidas en alimentos sin centrarnos por un momento en dos situaciones de especial gravedad, los accidentes y los fraudes, en donde se evidencia de manera tangible la afectación de la Salud Pública.

Los excesos de residuos de fungicidas en granos finalmente destinados a consumo humano han dado lugar a muchas epidemias por ejemplo la de Irak, con el desvío fraudulento de semillas de maiz destinadas para siembra tratadas con compuestos mercuriales que produjo consecuencias toxicológicas serias en las victimas. También en Colombia en los años 70 se produjeron varias muertes, cuando una panadería de un pueblo, sin sospecharlo, distribuyó el pan elaborado con un saco de harina sobre el cual se había derramado una botella de plaguicida organoclorado en el transporte. En Turquía entre los años 1955 y 1961 hubo más de 6.000 muertos por la utilización de hexaclorobenceno en semillas que finalmente fueron destinadas a consumo humano. Estos son algunos de los muchos ejemplos producidos y que creemos, son problemas susceptibles de minimizar con medidas legales de seguridad que redundarán en una mayor y mejor salud de la población.

La Atención Primaria tiene en el campo de los residuos de plaguicidas en alimentos un importante papel. Por una lado dando la voz de alerta sobre las autoridades competentes del riesgo que conllevan los residuos de plaguicidas. Por otro ejerciendo labores de educación para la salud, a aplicadores para que utilicen la mínima cantidad posible para conseguir la eficacia adecuada y a los consumidores en dos sentidos, información de los riesgos y fomento del consumo de productos biológicos como ocurre ya en muchos países europeos en los cuales es frencuente su venta. Por último el establecimiento de buenos sistemas de vigilancia epidemiológica que detecten los posibles problemas que en salud puedan ir apareciendo.

Grupo III. Residuos de medicamentos

La utilización de medicamentos en los animales de producción son una práctica frecuente debido a la cual los alimentos pueden contener una serie de residuos de aquellos o de sus metabolitos con posibles consecuencias sobre la salud humana.

La variedad de medicamentos utilizados es grande y esta ponencia no tiene como objetivo hacer un análisis exhaustivo de ellos.

Nos interesa más centrarnos sobre aquellos grupos de medicamentos que bien directa o indirectamente pueden afectar la salud de la comunidad.

Antibióticos

Se han venido utilizando diversos antibióticos añadidos a los piensos a niveles de hasta 100 ppm. Fundamentalmente por el temor al desarrollo de resistencias por parte de los microorganismos, se llegó a su prohibición. Hoy solamente pueden utilizarse con este fin un número muy reducido, que incluye sustancias de efecto antibiótico no utilizadas o muy poco utilizadas en terapéutica humana y animal frente a las que no existan ningún riesgo de desarrollo de resistencias cruzadas. Son las siguientes:

Antibióticos autorizados en España como promotores del crecimiento (como aditivos a piensos).

- Bactitracina
- Espiramicina
- Virginiamicina
- Flavomicina
- Tilosina (lechones, cerdos)
- Monensina sódica (vacuno de cebo)
- Avoparcina
- Salinomicina sódica (lechones, cerdos)
- Avilamicina (lechones, cerdos, corderos)

Antibióticos utilizados en la prevención y en el tratamiento de enfermedades animales

La utilización de antibióticos y de toda una serie de medicamentos veterinarios (sulfamidas, antihelminticos, coccidiostaticos, etc.) con fines profilácticos y en el tratamiento de enfermedades animales es responsabilidad del veterinario, que debe tener siempre la libertad de elección, pero también la obligación de hacer guardar los tiempos o períodos de espera después de la administración parenteral, o de retirada de los piensos o del agua a los que se añadió el antibiótico o medicamento. La finalidad de todas estas precauciones es garantizar que la carne este libre de residuos de las sustancias administradas y de sus metabolitos.

Los antibióticos utilizados son naturalmente muy diversos. Entre ellos, el cloranfenicol ha merecido un tratamiento individualizado, principalmente porque éste puede ocasionar en el hombre anemia aplastica, una enfermedad rara pero grave, y no se conoce el nivel inocuo en los alimentos. En Europa, se tiende a prohibir o a reemplazar su uso como agente terapéutico en los animales de abasto.

Los diversos agentes químicos utilizados como profilácticos o en el tratamiento de enfermedades animales se administran a las colectividades con el pienso o en el agua de bebida, y por vía parenteral a animales concretos.

Anabolizantes

En sentido restringido, según F.A.O./O.M.S. son productos químicos, generalmente de naturaleza esteroide que favorecen el anabolismo proteico y actúan sobre los factores de conversión del nitrógeno proteico durante la transformación de las materias nutritivas en tejidos vivos. Las sustancias que se han venido utilizando en la producción animal tienen una acción hormonal análoga a la de las hormonas sexuales. Su administración se realiza más frecuentemente por implante subcutáneo en animales en crecimiento. En la Tabla se relacionan los grupos de anabolizantes y las prohibiciones de su uso. Como puede observarse en los países de la C.E.E. todos ellos estan prohibidos.

Beta-Agonistas

La necesidad de disminuir la grasa de la carne por los excedentes existentes de grasa, y el posible efecto no deseado de las grasas saturadas sobre la salud, han presionado modificaciones genéticas en los animales y cambios en la cría animal, pero es muy poco lo que se ha conseguido. Otra línea de trabajo ha sido la búsqueda de sustancias químicas que, siendo inocuas para los animales rebajen el contenido en grasa de la carne. Los Beta-agonistas tienen una constitución química análoga a la adrenalina y noradrenalina y han comenzado a utilizarse en producción animal después de la prohibición de los anabolizantes. Son sustancias (clembuterol, cimaterol, salbutamol, etc.) que representan riesgos graves para el consumidor, aunque sus efectos no han

sido aún evaluados suficientemente. En 1990, tuvo lugar en nuestro país un brote importante por esta sustancia que afectó a más de un centenar de personas. Su uso no está autorizado. En lo que va de año se han producido más de 500 casos por clembuterol, superando de forma importante al número de casos por salmonelosis.

Antitiroideos

Son productos que se administran a los animales por vía oral con los piensos en la última fase del cebo para aumentar la ganancia en peso. Químicamente son derivados de la tiourea y del tioimidazol. Fisiológicamente funcionan como antitiroideos. Por razones sanitarias y porque modifican desfavorablemente la composición de la carne, su uso está prohibido.

Tranquilizantes

Son sustancias de acción neuroléptica, que se administran a los animales (cerdos, sobre todo) inmediatamente antes de comenzar su transporte al matadero, generalmente por vía intramuscular, con el fin de reducir sus efectos adversos y hacer mas dóciles y manejables a los animales, disminuyendo su inquietud y nerviosismo. Son derivados de la fenotiacina y de la butirofenona, principalmente.

Su administración poco antes del sacrificio hace más probable la presencia de residuos en la carne.

La protección del consumidor frente a la presencia en los alimentos de residuos de medicamentos y sustancias químicas se basa, en primer lugar, en la prohibición o limitación de uso de las sustancias más peligrosas. Este es el caso de los antitiroideos, de los anabolizantes derivados de los estilbenos, de los nitrofuranos, del cloranfenicol, etc. En segundo lugar, en la utilización racional de los menos peligrosos: dosis, momento de administración o aplicación, plazos de seguridad, tolerancias o LMR en alimentos, etc., medidas todas ellas que tienden a que los alimentos no contengan niveles de residuos que puedan suponer riesgos para la salud de los consumidores.

Datos epidemiológicos

Situación de las infecciones e intoxicaciones vehiculizadas por agua y alimentos en la Región de Murcia

I. Brotes vehiculizados por alimentos

Como se aprecia en la Tabla 2, el número de brotes registrados en la Región de Murcia ha aumentado considerablemente en los dos últimos años.

Durante 1991 se registraron en el Servicio de Epidemiología de la Consejería de

Sanidad, 65 brotes de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario. De éstos, 26 brotes (40%) fueron de ámbito general (aquellos en los que está implicado un establecimiento público de restauración o el alimento se contamina fuera del ámbito familiar), 34 brotes (52'3%) ocurrieron en el ámbito familiar y en 5 brotes (7'7%) no se pudo precisar el terreno epidémico .

Esto supone un aumento del número de brotes de 4,8% en comparación con el año 1990. Este aumento se produce a expensas de los brotes de ámbito general.

Se notificaron al Sistema de Información Sanitaria de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (SIS-EDO) un total de 775 casos de la rúbrica Toxiinfección alimentaria, de los cuales 619 (79'8%) pertenecían a brotes. Esto supone una tasa de incidencia de 76'4 casos por 100.000 habitantes.

La media del número de afectados por brote fue de 9'5 casos, sin embargo teniendo en cuenta el territorio epidémico, la media del número de afectados fue de 4'7 casos para los brotes familiares y de 16'9 casos para los de ámbito colectivo.

Se produjeron un total de 127 hospitalizaciones, lo que corresponde al 20'5% de los afectados relacionados con brotes (Tabla 2).

Tabla 2.Toxi-infecciones vehiculizadas por agua y alimentos. Región de Murcia. 1987-1991

	1987	1988	1989	1990	1991
BROTES DE TRANSMISION ALIMENTARIA					
N.º Casos notificados Toxi-infección alimentaria	784	777	621	795	775
N.º Casos que pertenecen a brotes (%)	410 (52'3)	489 (62'9)	464 (74'7)	613 (77'1)	619 (79'8)
N.º Brotes según ámbito	43	41	41	62	65
ámbito general (%)	14 (32'6)	18 (43'9)	11 (26'8)	16 (25'8)	26 (40)
ámbito familiar (%)	29 (67'4)	23 (56'1)	30 (73'2)	41 (66'1)	34 (52'3)
ámbito desconocido (%)	0	0	0	5 (8)	5 (7'7)
Media afectados por brote	9'5	11'9	11'5	9'9	9'5
N.º Ingresos hospitalarios (%)	84 (20'5)	94 (19'2)	87 (18'7)	89 (14'5)	127 (20'5)
N.º Brotes debidos a Salmonella (% total)	17 (39'5)	24 (58'5)	12 (29'3)	34 (54'8)	32 (49'2)
N.º Afectados por brotes de Salmonella (% del total)	295 (71'9)	405 (82'8)	262 (56'5)	453 (73'9)	422 (68'2)
N.º de brotes debidos a Estafilococos (%)	1 (2)	4 (9'8)	1 (2'4)	1 (1'6)	0
N.º de brotes debidos a otras etiologías (%)	4 (9'3)	0 (0'0)	4 (9'7)	0 (0'0)	1 (1'5)
N.º de brotes etiología desconocida	22 (51'2)	13 (31'6)	24 (58'5)	27 (43'5)	32 (49'2)
BROTES DE TRANSMISION HIDRICA	6	3	6	1	3
(*) debidos al virus de la Hepatitis A	0	2	5	1	1
N.º Total de Brotes vehiculizados por Agua y Alimentos	49	44	47	63	68

Fuente: Programa de Vigilancia y Control de las Infecciones e Intoxicaciones de origen alimentario en la Región de Murcia

Distribución por áreas de salud

La declaración de brotes varía mucho de un área de salud a otra. Así las áreas de Cartagena y Vega del Segura Comarca-Oriental presentan una incidencia superior a la media regional, estando el resto de áreas de salud muy por debajo de la media (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias por áreas de salud y tasa por 100.000 habitantes. Región de Murcia 1991

Areas de salud	Número brotes	Número casos	Tasa por 100.000 Hbtes.
Murcia	28	154	39'7
Cartagena	20	289	115'8
Lorca	5	24	20'1
Noroeste	2	5	7'6
Altiplano	4	26	54'6
Vega del Segura-Comarca Oriental	6	121	83'8
Total Región	65	619	61

Fuente: Registro EDO. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Etiología

Se consiguió identificar el agente etiológico en 33 brotes (50,7%).

Como en años anteriores, el germen implicado con mayor frecuencia sigue siendo la Salmonella en 32 brotes (49'2%), aislándose en 13 brotes Salmonella enteritidis grupo D, en 3 brotes Salmonella enteritidis grupo B, en 2 brotes Salmonella enteritidis grupo C y en 14 brotes Salmonella sp.

Se produjo un brote por ingesta de setas venenosas recogidas en el campo (1'5%).

En 32 brotes (49'2%) no se logró conocer la etiología, sospechándose el posible origen en 6 brotes debido a Salmonella y en 5 brotes debido a Estafilococo.

Alimentos implicados

La mayonesa y productos elaborados con ella (ensaladilla y huevos crudos o poco cocinados) son los alimentos más frecuentemente implicados como vehículos del agente

etiológico, encontrándose en 33 brotes (50'8%), seguidos de pastelería en 10 brotes (15'4%), carnes y pescados en 8 brotes (12'3%) y otros alimentos en 4 brotes.

Esta relación no se ha podido confirmar en todos los casos, siendo de sospecha en 17 brotes.

En 23'1% de los brotes no se pudo conocer el alimento implicado ni siquiera por sospecha.

En cuanto a los brotes en los que el alimento que vehiculizó el agente responsable se ha podido confirmar, constituyen un 52% del total, siendo la confirmación analítica en 10 ocasiones y epidemiológica en 27.

De ellos, en 25 brotes el alimento responsable fue la salsa mayonesa o alimentos elaborados con huevo. (Tabla 4)

Tabla 4. Alimentos implicados en los brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias. Región de Murcia 1991

Alimento implicado	Número brotes	% sobre el total de brotes
Ensaladilla, mayonesa y huevo	33	50'8
Pastelería/helados	10	15'4
Carne y pescado	8	12'3
Leche y derivados	0	0
Conservas	0	0
Otros	4	6'1
No consta	15	23'1

** En 5 brotes hay 2 alimentos sospechosos.*

Fuente: Programa de Vigilancia y Control de las Infecciones y Intoxicaciones de origen alimentario en la Región de Murcia.

Factores contribuyentes

Aunque en la mayoría de los brotes en que se conocen los factores contribuyentes coexisten varios factores a la vez, se pudo identificar al menos un factor contribuyente en el 60% de los brotes investigados.

Este año, la conservación de los alimentos a temperatura ambiente en 20 brotes (30'8%) es el factor contribuyente más frecuentemente relacionado con brotes.

Le sigue el consumo de alimentos crudos en 16 brotes, tratándose en el 87'5% de los casos de consumo de huevos crudos o poco cocinados.

La existencia de manipuladores portadores de infección en 11 brotes, es el tercer factor contribuyente a la aparición de brotes. (Tabla 5).

Tabla 5. Factores contribuyentes a los brotes de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario. Región de Murcia 1991

Factores contribuyentes	Número brotes	% sobre el total de brotes
Conservación a temperatura ambiente	20	30'8
Consumo de alimentos crudos	16	24'6
Existencia de manipuladores portadores de infección	11	16'9
Preparación de alimentos con gran antelación	10	15'4
Inadecuadas condiciones del local	7	10'8
Prácticas de manipulación incorrectas	5	7'7
Refrigeración insuficiente de los alimentos	4	6'1
Contaminación cruzada	4	6'1
Limpieza y desinfección insuficiente de utensilios	4	6'1
Existencia de manipuladores circunstanciales	3	4'6
Alimentos de venta ambulante	2	3'1
Preparación de grandes cantidades	1	1'5
Descongelación defectuosa	1	1'5
Presencia de insectos y roedores	1	1'5
Sustancias tóxicas de plantas	1	1,5

* *Los factores contribuyentes se refieren a los brotes en los que se ha podido conocer al menos un factor contribuyente (60% de los brotes investigados).*

Fuente: Programa de Vigilancia y Control de las Infecciones e Intoxicaciones de origen alimentario en la Región de Murcia.

Medidas adoptadas

Se conocen las medidas de control adoptadas en 59 brotes (90'7%). Estas medidas se recogen en la tabla 6.

Tabla 6. Medidas adoptadas en los brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias. Región de Murcia 1991

Medidas adoptadas	Número brotes	% sobre el total de brotes
Encuesta epidemiológica a enfermos	59	90'7
Análisis de muestras de enfermos	40	61'5
Análisis de alimentos	35	53'8
Educación sanitaria	32	49'2
Inspección del local	27	41'5
Control de manipuladores	27	41'5
Investigación origen del alimento	7	10'7
Análisis de agua	3	4'6
Inmovilización cautelar	23	35,4
Incoación de expediente	13	20,0

Fuente: Programa de Vigilancia y Control de las Infecciones e Intoxicaciones de origen alimentario en la Región de Murcia.

Distribución temporo-espacial

Predominan los brotes en verano con 28 (43%), seguidos de primavera con 15 (23%), otoño con 12 (18'5%) e invierno con 10 (15'4%).

En cuanto al municipio, en Murcia se notificaron 26 brotes, en Cartagena 8, en Mazarrón 5, en Jumilla 4, en Aguilas y Fuente Alamo 3 en cada uno de ellos, en Cieza 2 y en Abarán, Alguazas, Barinas, Caravaca, Ceutí, Lorca, Los Alcázares, Mula, Ricote, San Pedro, Santiago de La Ribera, Torre Pacheco, Totana y Yecla, un brote en cada municipio.

II. Brotes de transmisión hídrica

Durante 1991 se notificaron 3 brotes con posible transmisión hídrica en los que se encontraron deficiencias o ausencia de cloración en el agua de abastecimiento público, afectando a un total de 88 personas.

Se registraron dos brotes de gastroenteritis inespecífica por consumo de agua de la red no clorada y un brote debido al virus de la Hepatitis A en el que se encontraron numerosas roturas de la red de agua de abastecimiento público, así como deficiencias en la cloración (Tabla 7).

Tabla 7. Brotes de transmisión hídrica. Región de Murcia 1991

Brotes	Localidad	N.º afectados
Gastroenteritis inespecífica	Aledo	35
Gastroenteritis inespecífica	El Sabinar	6
Hepatitis A	Campos del Río	47
TOTAL		88

Fuente: Registro EDO. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad.

Situación en España de las infecciones e intoxicaciones de origen alimentario

En España las toxi-infecciones alimentarias son enfermedades de declaración obligatoria desde 1982, siendo los brotes (dos o más casos) además de declaración urgente.

Desde 1988 se observa una disminución en el número de brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias, así como en el número de casos registrados en España. (Tabla 8). Sin embargo, en comparación con otros países la incidencia de enfermedades transmitidas por alimentos en España parece alta.

Durante 1989 se declararon 959 brotes de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario que afectaron a un total de 16.955 personas. De ellas, 1.650 (9'7%) precisaron hospitalización.

Se produjeron 13 defunciones en 11 brotes.

Tabla 8. Evolución del número de brotes y casos de infecciones e intoxicaciones alimentarias en España, 1985-1990

Año	Brotes	Casos
1985	300	9.711
1986	756	13.535
1987	1.095	18.671
1988	984	16.666
1989	959	16.955
1990	913	13.321

Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal. Ministerio de Sanidad y Consumo

Etiología

El germen aislado con más frecuencia es la salmonella, encontrándose en 525 brotes (54'7%). El serotipo más frecuente es el enteritidis aislándose en el 53% de los casos. Le sigue la salmonella tiphymurium en 1'3% de los casos y nos encontramos con un 43'6% de Salmonellas sin tipificar.

El segundo germen aislado es el Estafilococo, encontrándose en 45 brotes (4'7 %).

Hay que destacar el gran porcentaje (36'8%) de brotes en los que no se ha podido determinar el microorganismo implicado.

Ambito

Del total de brotes, 449 (46'8%) fueron de ámbito familiar, 475 (49'5%) de ámbito general y en 35 brotes (3'6%) se desconoce el ámbito.

Alimentos implicados

El alimento más frecuentemente responsable es el grupo de la salsa mayonesa y los alimentos que la contienen (41'3%), seguido de los productos de repostería (6'7%). En el 32'4% de los brotes se desconoce el alimento implicado .

Factores contribuyentes

Los factores contribuyentes se conocen en el 48% de los brotes.

La conservación de los alimentos a temperatura ambiente y la refrigeración insuficiente de los alimentos es el grupo más importante con un total de 13'6%, seguido

de la existencia de manipuladores portadores de infección (5'9%) y de la manipulación incorrecta (5'3 %).

Medidas Adoptadas

Se conocen las medidas adoptadas en el 49'2 % de los brotes (472). La principal medida adoptada en los brotes es la educación sanitaria en 21'7%, seguido de la inspección del establecimiento en 12'3% y en tercer lugar el control de manipuladores en 10'6% .

Frecuencia de enfermedades alimentarias en otros países

Algunos países consideran enfermedad alimentaria solamente cuando el agente causal se identifica en el paciente así como en el alimento, mientras otros países incluyen todos los casos de enfermedades diarréicas como enfermedades de origen alimentario. Por ello una comparación exacta de las cifras entre países resulta imposible y las diferencias en la incidencia podrían explicarse por los diferentes sistemas de notificación.

Sin embargo en todos los países del mundo se observa en general un incremento de los casos de enfermedades de origen alimentario.

En el Reino Unido, en 1987 y 1988 hay un considerable aumento de los casos declarados de infecciones gastrointestinales, así como de infecciones e intoxicaciones alimentarias (figura 1 y figura 2).

Esta misma tendencia se observa en la Republica Federal Alemana y Suecia (figura 3 y figura 4).

Agentes causales

En el Reino Unido en 1988, más de las dos terceras partes de todos los casos son causados por Salmonella y Campylobacter seguido de Rotavirus y E. coli.

En Francia en 1990, los brotes declarados son debidos a Salmonella en 83% de los casos, Estafilococo aureus en 7% y Clostridium perfringens en 6%.

Alimentos implicados

Son en su mayoría alimentos de origen animal.

En Escocia los alimentos más frecuentemente implicados son las aves (pollo y pavo) en 18% de los brotes, la carne y productos cárnicos en 10% y los moluscos en 2%.

En Francia en 1990, los huevos y ovoproductos fueron responsables del 30% de brotes, seguidos de las carnes y aves en 14%, y los mariscos y pescados en 8'9%. Entre estos últimos brotes figuran 11 brotes de intoxicación por dinoflagelados por consumo de mejillones y 9 brotes por escombroides en pescado.

Tabla 9. Etiología de los brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias en la Región de Murcia, España, Francia y Escocia

R. Murcia 1991	España 1989	Francia 1990	Escocia 1987
Salmonella (49,2%) 40,6% S.enteritidis Grupo D.	Salmonella (54%) 50% S. enteritidis	Salmonella (83%) 51% S. enteritidis	Salmonella (77%)
Setas toxicas (1,5%)	Estafilococo (4,6%)	Estafilococo (7%)	Campylobacter (12%)
Desconocida (49,2%)	Desconocida (36%)	C. perfringens (6%)	C. perfringens (8%) Bacillus sp (1,3%)

Tabla 10. Investigación de los brotes de infecciones e intoxicaciones de origen alimentario. Región de Murcia, España, Francia y Escocia

	R. Murcia 1991	España 1989	Francia 1990	Escocia 1987
N.º Brotes	65	959	593	234
N.º Casos	619	16.955	9.017	1.825
Brotes familiares	52'3%	46%	33%	75%
Brotes generales	25%	49%	67%	25%
Brotes ámbito desconocido	7'7%	3'6%	–	–
Alimento implicado	77%	67'6%	69%	35%
Agente resp. conocido	50'7%	63'2%	86%	67%
Factores contribuyentes conocidos	60%	48%	55%	16%
Medidas adoptadas conocidas	90'7%	49'2%	–	–

En Estados Unidos en 1987 se notificaron 387 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos al Centro para el Control de Enfermedades, afectando a un total de 16.500 personas.

El agente etiológico se confirmó en 136 brotes (35%).

La causa fue bacteriana en 83 brotes (61%), química en 39 brotes (28'6%), vírica en 10 brotes (7'3%) y parasitaria en 4 brotes (2'9 %).

La Salmonella es el germen implicado con mayor frecuencia entre los brotes de etiología bacteriana, encontrándose en 52 brotes (13'4% sobre el total de brotes), seguido por el Clostridium botulinum en 11 brotes y Shigella en 9 brotes.

Entre los agentes químicos se produjeron 22 brotes debidos a intoxicación por escombroides.

De los 10 brotes de etiologia vírica, 9 fueron por el virus de la hepatitis A, pero la mayoría de los casos se produjeron en un brote debido a virus Norwalk.

Se registraron 5 muertes: dos por Clostridium botulinum, dos por Salmonella y una por ingesta de setas tóxicas.

El alimento que vehiculizó el agente responsable, se conoce en 58% de los 136 brotes en los que se identificó un agente patógeno.

El factor contribuyente más frecuentemente notificado es la conservación de los alimentos a temperatura inadecuada, seguido por la deficiente higiene personal de los manipuladores.

2.º REFERENCIAS NORMATIVAS Y ADMINISTRATIVAS

La Constitución del Estado, desarrollada en los Estatutos de Autónomia, en los R.D. de Transferencias, en la Ley General de Sanidad y la Ley de Régimen Local, distribuye las competencias nacionales entre las diferentes administraciones, lo que exige una coordinación que en materia sanitaria incluirá las actividades de protección y promoción de la salud y dentro de éstas, las relacionadas con la higiene alimentaria.

La Ley General de Sanidad tienen artículos que explicitamente citan la Higiene de Alimentos:

Art.º 18

Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y los organismos competentes en cada caso desarrollarán las siguientes actuaciones:

10. El control sanitario y la prevención de riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas.

Art.º 31

El personal al servicio de las Administraciones Públicas que desarrolla las funciones de inspección cuando ejerce tales funciones y acreditando si es preciso su identidad, estará autorizado para:

a. Entrar libremente y sin previa notificación, en cualquier momento, en todo centro o establecimiento sujeto a esta Ley.

b. Proceder a las pruebas, investigaciones o exámenes necesarios para comprobar el cumplimiento de esta Ley y de las normas que lo desarrollan.
c. Tomar o sacar muestras en orden a la comprobación del cumplimiento de lo previsto en esta Ley, y en las disposiciones para su desarrollo.
d. Realizar cuantas actuaciones sean previas, en orden al cumplimiento de las funciones de inspección que desarrollan.

El documento EURO-OMS. Estrategia salud para todos, en el objetivo 2.2. seguridad de los alimentos dice: "de aquí a 1990 los estados miembros deberán reducir sensiblemente los riesgos relacionados con la contaminación de los alimentos y poner en acción medidas para proteger a los consumidores de los aditivos nocivos.

La realización de este objetivo exigirá: adopción de medidas legislativas, administrativas y técnicas eficaces para la vigilancia y disminución de la contaminación alimentaria en todas las fases de la producción, distribución, almacenamiento, venta y uso, y el establecimiento de medidas para controlar el uso de aditivos alimentarios nocivos".

La C.E.E. tiene la tradición y el esfuerzo normativo más extenso en materia alimentaria en comparación con otros sectores (aproximadamente 100 Directivas). Este esfuerzo viene a compatibilizar los derechos –la protección a la salud de las personas y el libre intercambio de mercancias– que quedan recogidas en el Tratado Constitutivo de la C.E.E.

La Legislación Comunitaria de Productos Alimenticios en la Comunicación del Mercado Interior C.O.M. (85) 603 Final. 8 de noviembre de 1985 dice textualmente en el punto 10: "la futura legislación comunitaria de productos alimenticios debe comprender únicamente las reglas justificadas por:

- La protección a la salud.
- Las necesidades de información a los consumidores, y su protección, diferente a la sanitaria (Consumo, Agricultura).
- La lealtad a las transaciones comerciales.
- La necesidad de asegurar un Control Público.

En el punto 29. "La libre circulación de mercancías no excluye que las autoridades públicas ejerzan un control eficaz y apropiado sobre el comercio de alimentos.

Muy al contrario, tal control es necesario y debe abarcar de igual modo los productos que atraviesan las fronteras intracomunitarias y los productos que permanecen en el interior de un estado miembro. Además, es preciso no limitar la ejecución de los controles públicos a la venta minorista. Tal sistema es ineficaz y está sobrepasado históricamente, ya que no permite a las autoridades hacerse una idea clara de la calidad de una producción en serie a gran escala".

Existe en la actualidad una directiva del Consejo relativa al control oficial de los productos alimenticios que sienta las bases de coordinación metodológica y de transmisión de información con vistas a la armonización del control oficial de los alimentos.

Esta directiva en su artículo 4 fija que el control constará de:

1. Inspección.
2. Toma de muestras y análisis.
3. Examen del personal.
4. Examen del material escrito y documental.
5. Examen de los sistemas de verificación aplicados eventualmente por la empresa.

El objetivo o fin primordial de un *PROGRAMA DE CONTROL SANITARIO DE ALIMENTOS* es la disminución de los riesgos vinculados al consumo de alimentos y esto exige de los poderes públicos tres tipos de acciones:

1.º Fomento de la información, de la educación y del ejercicio de los derechos de la población.
2.º Fomento de las actividades empresariales de autocontrol y mejora de la tecnología alimentaria con impacto sobre la salud.
3.º Gestión directa de acción pública: normas, vigilancia y control de riesgos.

Esta vigilancia y control de riesgos se basará:

a) Autorizaciones y controles administrativos previos: que es en nuestro país de un peso enormemente elevado en comparación con otros estados miembros de la C.E.E., así mientras en su ámbito las autorizaciones de actividad (registro), de uso de productos (registro y listas positivas) y las certificaciones estan limitadas a cierto tipo de actividades y productos (generalmente materias primas y/o componentes básicos) considerados como posibles portadores de riesgos significativos, en nuestro país la generalización de estos controles administrativos hace perder eficacia, es poco eficiente, y además emplea recursos que pueden ser más necesarios en otras actividades más eficaces y más significativo es que nos aleja de la tendencia general de nuestro entorno.
b) La inspección tiende progresivamente a una homogeneización de actuaciones y por tanto de los métodos de control (artículo 4 de la directiva anteriormente citada).
c) Estimación de riesgos. Los criterios que deben orientar las labores inspectoras deben estar basados, en su mayor parte en la estimación de riesgos potenciales o reales de la población en base a:
   - incumplimiento de la Legislación vigente.
   - experiencia internacional: contaminaciones biótica/ abiótica, sustancias limitadas, tóxicos, etc.
   - experiencia nacional.
d) El flujo de información, que es básico en la protección del derecho a la salud de todos los ciudadanos, diferenciando los riesgos inmediatos de los dilatados en el tiempo, ambos dentro de la estructura adecuada del conjunto de organismos competentes.

La Legislación Alimentaria española, es dentro del ámbito eurcpeo una de las más completas en cuanto a índices y normas, no obstante, es también bastante ambigua

en cuanto a definiciones, esta Legislación la abarcan fundamentalmente, el C.A.E., las R.T.S. y las Normas de Calidad.

Código alimentario

Es la recopilación básica de reglas en materia alimentaria y de los alimentos en sí.

Tal y como se conoce es el esquema general de la estructura legal en materia de alimentos que se ha desarrollado posteriormente.

El C.A.E. se publica en 1967, Decreto 2484/1967 de 21 de septiembre en base a una comisión creada a tal efecto CIOA (Comisión Interministerial de Ordenación Alimentaria) formada fundamentalmente por representantes de los Ministerios de Sanidad, Agricultura, Comercio y Presidencia.

La finalidad del C.A.E. es:

Definir que ha de entenderse por alimentos, condimentos, estimulantes, bebidas, y demás productos y materias a que alcanza esta codificación.

Determinar las condiciones mínimas a reunir:

Establecer las condiciones básicas de los distintos procedimientos, su preparación, conservación, envasado, distribución, transporte, publicidad y consumo de alimentos.

El C.A.E. se divide en cinco partes:

1.ª Principios generales. Comprende las definiciones de alimentos, nutriente, tipos de alimentos, etc. a fin de normalizar éstos para su aplicación en las posteriores leyes.

Asimismo califica y define los distintos establecimientos e industrias con el mismo fin.

2.ª Hace referencia a las condiciones generales de los materiales, tratamientos, y personal relacionado con los alimentos, establecimientos e industrias de la alimentación.

Aparatos, rotulación, envasado, conservación, almacenamiento, transporte, etc.

3.ª Se ocupa de los alimentos y bebidas de consumo humano, dando para cada tipo de alimento (carne, leche, grasa, etc.) la definición, los caracteres de composición, su clasificación, así como las manipulaciones generales permitidas y prohibidas en los mismos.

4.ª Aditivos e impurezas. Es quizás la parte que más desarrollo y ampliación ha sufrido posteriormente. Trata de la definición, clasificación de los aditivos por grupos, sin entrar en cada uno de ellos.

5.ª Trata de los productos relacionados directamente con los alimentos: Piensos, fertilizantes, artículos higiénicos y de limpieza, etc. de uso doméstico, etc. es como el "cajón de sastre" (desde un jabón hasta objetos para inocentadas).

Reglamentaciones técnico-sanitarias

Son el conjunto de normas que comprende lo sustancial que debe cumplir a quien va dirigido, son los preceptos o principios que han de cumplirse como mínimo.

Las Reglamentaciones Técnico-Sanitarias van dirigidas por lo general a un grupo de alimentos (Clave o subclave), es como una especie de Código Alimentario para ese grupo. Tomando como base los preceptos del C.A.E. amplían y mejoran las normas encaminadas a favorecer una mejor condición de los alimentos así como de todo su entorno.

Una reglamentación técnico-sanitaria se compone fundamentalmente de los siguientes apartados:

1. Definiciones, ámbito y objeto de las reglamentaciones técnico-sanitarias, donde se definen y concreten los productos objeto de la regulación por ese Reglamento.
2. Condiciones técnico-sanitarias, generales y específicas. Son las condiciones que deben cumplir los distintos establecimientos relacionados con el o los productos objeto de la reglamentación en cuanto a locales (ubicuidad, construcción, condiciones de suelos, paredes, techo, iluminación, etc.) personal y equipos y elementos de trabajo.

   Las condiciones técnico-sanitarias especificas normalizan con mas minuciosidad, todas y cada una de las distintas dependencias por donde va pasando el producto desde materia prima hasta producto acabado en sus distintas formas (salado, ahumado, conserva, etc.).
3. Finalizan normalmente con la distribución, transporte, etiquetado y rotulación, haciendo referencia a los servicios oficiales, control y manipulación de decomisos, etc.

En la actualidad, estan reguladas por Reglamentaciones Técnico-Sanitarias los grupos de alimentos más importantes (carnes, subproductos cárnicos, pescados y productos de la pesca, helados, detergentes, conservas vegetales, etc.) así como de instalaciones (mataderos, etc.).

Normas de calidad

Por definición Norma es una regla que se debe seguir o a la que se deben ajustar las tareas, actividades, etc. o como en el caso de nos ocupa un determinado producto.

La misión primordial de la norma, el fin, es precisamente, homogeneizar un determinado producto, pues el campo de acción es mucho más concreto que la Reglamentación Técnico-Sanitaria (que se ocupa de un grupo). La norma hace referencia a un producto o gama de productos muy afines.

El primer problema surge de la necesidad de normalizar los productos ya existentes en el mercado y que requieren una regulación, no dando tiempo a legislar convenientemente.

El segundo punto problemático surge ante el crecimiento del intercambio de alimentos con los países de la C.E.E., y a la hora de aplicar esas normas recomendadas a productos importados cuyas normas en los países de origen son más permisivas que las nuestras.

En la actualidad se esta procediendo a una revisión de las "normas recomendadas" y a su adaptación a las normas internacionales, con el fin de hacerlas normas de calidad obligatorias (Ley). Las normas, por ser el último eslabón de la Legislación alimentaria, son las menos desarrolladas, pues están en tercer lugar después del C.A.E. y de las R.T.S. que están todavía en desarrollo.

Las Normas de Calidad son disposiciones legales de menor ámbito que las R.T.S. que son Reales Decretos, que suelen ser o Resoluciones u Ordenes.

Las Normas de Calidad se componen de una serie de apartados que podríamos resumir en los siguientes.

1. Nombre de la Norma.
2. Objeto de la Norma.
3. Ambito de aplicación.
4. Descripción de los productos a los que se aplicará la norma.
5. Factores esenciales de composición y calidad, donde entran: caracteres organolépticos, ingredientes (materias primas esenciales y materias primas complementarias). Normas microbiológicas y aditivos autorizados.

Además las normas homogenizan el producto dando los factores físico-químicos (humedad, grasa, proteínas, etc.), a fin de su clasificación, categorización y denominación comercial.

Acaban las normas con los apartados referentes a etiquetado, rotulación, fechas de fabricación y elaboración y conservacion.

Como resumen, se puede decir que las normas tienen un aspecto cualitativo (cumplir un mínimo de calidad) y otro sanitario (ser, o no, apto para consumo).

En la actualidad y debido al desfase entre el sector productor y la administración, la tendencia normativa tiende, en el marco europeo, a la promulgación de normas horizontales, que sean capaces de abarcar grandes espacios en el control de los alimentos, huyéndose de encorsetar los productos con normas muy específicas.

Como primera innovación en este sentido es la propuesta de Directiva del Consejo, relativa a la higiene de los productos alimenticios, que tiende a fijar normas higiénicas generales aplicables a todas las fases de la cadena alimentaria (producción, tratamiento, fabricación, envasado, almacenamiento, transporte, distribución, manipulación y venta al consumidor final), instando a la implantación de sistemas de control por las propias empresas (Código Internacional de Prácticas Higiénicas del Codex Alimetario).

Intervención de los servicios de salud pública. Tendencias actuales

En el control de los alimentos la Administración Sanitaria tradicionalmente ha desarrollado sus actuaciones por "campañas" y generalmente a demanda, con actividades de:

- Inspección de locales.
- Educación sanitaria.
- Toma de muestras y análisis microbiológico/químico finalista.

Por parte de las industrias alimentarias, si acaso alguna de ellas, se desarrollaban sistemas de Buenas Prácticas de elaboración consistentes en mecanismos sencillos de control de producto acabado.

Dichas actuaciones sólo ponían de manifiesto deficiencias o irregularidades de todo tipo cuando ya los alimentos estaban en el mercado y muchos consumidos por la población, llegando en contadas ocasiones al origen del problema en la cadena de producción-consumo de los mismos.

Al inicio de la década de los 80 se comienzan a plantear nuevas estrategias para el control sanitario de los alimentos, estrategias basadas en prácticas de control a lo largo de la cadena de producción como ya se aplicaban en otras industrias no alimentarias (eléctricas, automoción, etc.).

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es a partir de 1988 cuando se comienza con el diseño de programas de actuación en el ámbito de la Higiene Alimentaria.

En el marco de garantizar el control higiénico-sanitario de los alimentos producidos y consumidos en la Región de Murcia, cuya responsabilidad recae en la Administración, aparecen, históricamente, una serie de anomalías o fraudes, más o menos frecuentes, que impulsan a ésta a tomar medidas represivas e indiscriminadas, normalmente dirigidas al campo donde surge el problema y no en su origen.

Pruebas de esta situación serían las frecuentes toxiinfecciones alimentarias, las denuncias personales o de los medios de comunicación sobre irregularidades sanitarias de alimentos y las actuaciones de la Sección de Inspección Sanitaria. Todo ello plantea, en nuestra Región, la necesidad de un control más riguroso y eficaz del actualmente existente, no enfocado a la reparación de las situaciones anómalas sino a su prevención.

Previo a garantizar el control higiénico-sanitario de los alimentos es necesario investigar y comprobar la calidad sanitaria de los alimentos ofrecidos a los consumidores de la Región de Murcia.

Para alcanzar el objetivo de garantizar el control higiénico-sanitario de los alimentos producidos y consumidos en la Región de Murcia, se proponían las siguientes líneas de actuación (que posteriormente tendrán expresión en actividades concretas):

a) Investigación de la calidad sanitaria de alimentos, con objeto de llegar a la tipificación de los problemas señalados.
b) Estudio de las características de producción y consumo de cada tipo de alimentos, identificando aquellos puntos críticos en donde es posible frenar la aparición de los problemas descubiertos.
c) Control sistemático y periódico de los puntos críticos previamente determinados para cada tipo de alimento.
d) Control y seguimiento administrativo de los alimentos con origen en la Región de Murcia (actualización del R.S.I.A.) y de los procedentes del exterior (adecuación a la legalidad vigente).

Actividades

1. *Implantación del Sistema ARICPC* (Análisis de Riesgos e Identificación y Control de Puntos Críticos).

Dirigido a industrias y establecimientos ubicados en la Región de Murcia en las actividades que se relacionan.

- Mataderos y Salas de Despiece (obtención higiénica de la carne, como materia prima para las industrias cárnicas y como alimento para el consumidor).
- Lonjas de Pescado (en cuanto al control sanitario antes de la venta, inspección del pescado, sanitaria y de calidad, y control de la manipulación higiénica de los productos de la pesca).
- Centros de Clasificación de huevos (determinación del origen en las alteraciones de la calidad sanitaria de los huevos y sus repercusiones en la higiene de los centros de clasificación, almacenamiento y venta).
- Comercio Minorista (como eslabón final de la cadena alimentaria, debilitado por su gran dispersión y olvidado por su escasa importancia económica considerada únitariamente).
- Comedores Colectivos, Catering y Cocinas Centrales (control de la higiene de los manipuladores ante la relevancia creciente de las comidas preparadas con antelación y la elaboración de alimentos sofisticados cada vez más alejados de los frescos y naturales).

Para el desarrollo de esta actividad se seguirían los siguientes pasos:

- Análisis de los riesgos sanitarios comunmente asociados a la producción y consumo de alimentos (bibliografía y propia experiencia).
- Identificación de los puntos críticos de control responsables de la generación de los riesgos (apoyado en la investigación de la calidad sanitaria y la inspección visual).
- Establecimiento de medidas correctoras (en base a los datos recogidos en los pasos anteriores).
- Monitorización del efecto producido por las medidas correctoras (con similar apoyo al de la identificación de puntos críticos y posterior control sistemático y periódico para evitar desviaciones).

- Inspección de los establecimientos e industrias relacionadas con los alimentos no comprendidos en el punto anterior.

En base a una optimización de los recursos humanos y sin llegar al nivel de control de los programas ARICPC, pero sin distraer en absoluto las condiciones técnico-sanitarias establecidas en el ámbito de los alimentos, se procederá a la inspección sistemática de estos establecimientos.

Las líneas de actuación se basan fundamentalmente en:

- Investigación de la calidad sanitaria de los alimentos.
- Corrección de deficiencias técnicas e higiénicas.
- Control de autorizaciones administrativas (tendente a eliminar los establecimientos no registrados o autorizados).

La aparición de alimentos no seguros debe dar lugar a la actuación de la Administración en el sentido de su retirada del mercado e incautación y/o decomiso, sin desechar actuaciones de publicidad adversa, cierres o decomisos que pueden condenar a mayores pérdidas económicas, llegando incluso al procesamiento de los culpables.

La pérdida de confianza sobre determinados alimentos o productos es otro mecanismo en manos del consumidor, que a largo plazo puede ocasionar perdidas irreparables en las industrias.

Una visión macroeconómica de lo que supone la producción y consumo de alimentos en España, C.E.E. y a nivel mundial lo reflejan, a modo de esbozo, los datos que se especifican:

En la Región de Murcia la Producción Final Agraria en 1989 del subsector agrícola y ganadero supone el 97% del total, 133.719 + 45.194 = 179.000 x 1.000.000 ptas.

En 1985 suponía el 83'4% de la producción total fundamentalmente, frutas y hortalizas, cultivos industriales, carne de porcino.

Las industrias alimentarias son: 2.660 industrias que requieren autorización, los establecimientos dedicados a restauración colectiva públicos y privados según estimaciones estan alrededor de 3.000.

En España

Datos para valorar el consumo de alimentos.

- Población activa de 13'94 millones (35'9% de la población total), trabajan para dar de comer al resto.

El registro general sanitario tiene inscritos más de 50.000 industrias de alimentos.

España dentro de la C.E.E. es la que más leche, huevos, hortalizas, arroz y pescado consume.

Ha decrecido el gasto medio de la familia en alimentación (en los 50 = 55%, en 1987 = 27%).

El consumo de fibra en 1981 —> 25'5 grs./persona/día.
1990 —> 18 grs./persona/día.

En la C.E.E. el movimiento total de la Industria Alimentaria es de 400.000 millones de Ecus (17% del movimiento total de manufacturación.

Existen unas 180.000 empresas que emplean 2'5 millones de personas (11% de los empleos en manufacturación).

A nivel mundial hay un hecho constatado y es que la ayuda alimentaria internacional sirve para dar lo que nos sobra y de paso hundir los mercados nacionales y colonizar los hábitos gastronómicos de los pueblos en desarrollo, de ahí la importancia del control y de la higiene, que no es un problema constreñido, es internacional, traspasando fronteras; en términos de enfermedad humana y pérdida económica el coste puede ser inmenso. La controversia sobre la seguridad de los alimentos ha tenido y tiene un enorme impacto sobre la industria alimentaria y la comunidad agrícola en muchos países.

3.º LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS Y LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

A. Estrategias de coordinación entre los servicios de salud y los servicios de control alimentario

Situación de la Atención Primaria en el conjunto de alimentos. Riesgos para la salud

La Atención Primaria es la base de la pirámide de los sistemas de salud, el nivel más cercano al (ciudadano paciente) y al medio. Pero la alimentación es una necesidad, influida en nuestra sociedad de consumo por múltiples factores que han alejado mucho entre sí al binomio productor consumidor de la sociedad agraria tradicional. Las opciones de elección de alimentos están determinadas por:

- Las disponibilidades alimentarias de cada país.
- La industria alimentaria y la publicidad.
- Los estilos de vida (gastronomía de cada país).
- Las opciones personales.
- Los recursos económicos personales.

Por tanto los riesgos derivados de la alimentación pueden estar influidos por cada uno de estos factores. ¿Cómo puede influir un sector de los servicios de salud en la génesis de una alimentación más segura y de los riesgos que se derivan de la higiene de los alimentos?

Probablemente la Atención a la Salud en el nivel base, estará más cerca de los consumidores-pacientes que de las estructuras de producción, distribución, etc. en las modernas sociedades industriales como es España. En este sentido en una primera

vista al problema la Atención Primaria habría de centrarse en los tramos finales de la cadena alimentaria, esto es sobre manipuladores, amas de casa, pacientes y consumidores.

En este sentido podemos englobarla como generadora de información-formación-cuidados de salud para el colectivo de población que atiende y a su vez como pieza de engranaje de los Servicios de Salud Pública-Medio, en particular alimentos.

La posición en el engranaje, responsabilidades, parcela de competencia o áreas de responsabilidad de la Atención Primaria será una tarea a determinar por los planificadores de los Servicios de Salud, y las aportaciones de todos los integrantes de la Atención Primaria.

Pero viendo como un todo el proceso de alimentación-riesgos derivados de ella, éste debe ser un sistema dinámico, en el cual el flujo de la información y el conocimiento de los puntos de riesgo en la cadena alimentaria, debe servir para elaborar estrategias de salud que han de aplicarse de un lado a provisión de alimentos más seguros al ciudadano, y del otro en unos mejores mecanismos de atención a los problemas de salud derivados a través de la alerta, vigilancia epidemiológica, prevención, también educación para la salud.

Necesidad de integración de estructuras

Programa del Medio. Estructura de los Servicios de Salud. Flujos de Informacion-Actuaciones

Si aceptamos que esas dos directrices fundamentales han de representar nuestras posibilidades de actuación en materia de higiene de alimentos-riesgos para la salud derivados de ella, deberíamos ser capaces de integrar funcionalmente a todas las instituciones implicadas en el proceso, en muchos casos muy dispares en sus áreas de responsabilidad, para crear un todo operativo.

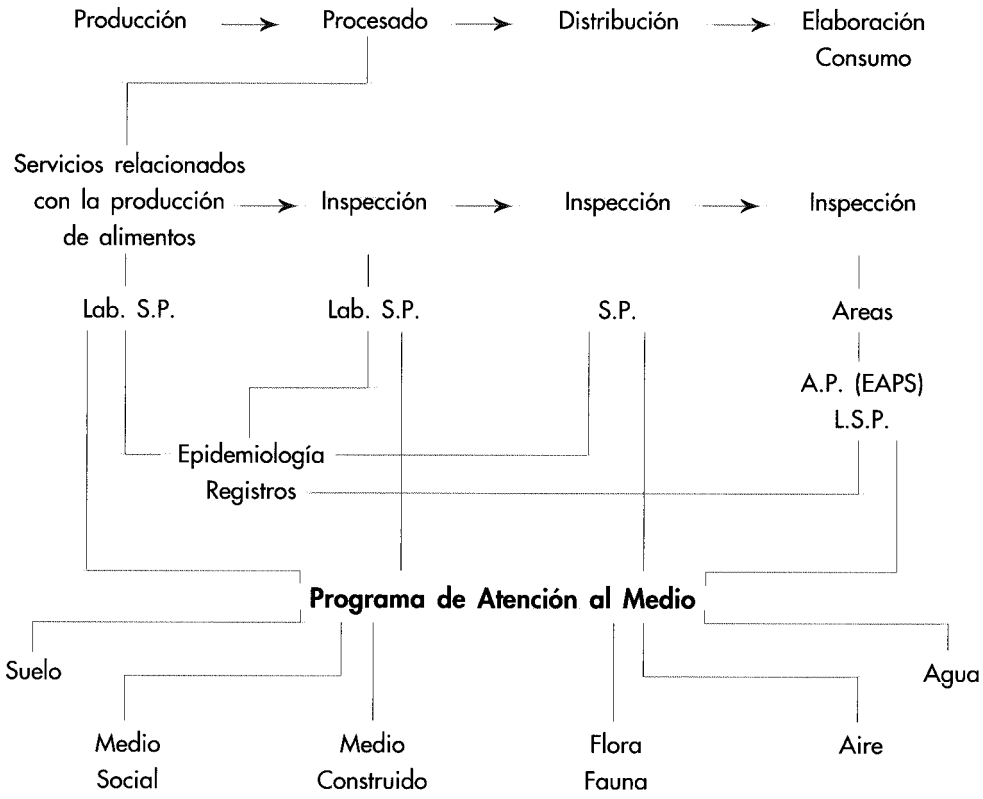
Pero crear un sistema multidisciplinar de trabajo de esta envergadura requiere mecanismos de integración que creemos han de provenir desde una visión global de los problemas del medio-ambiente y su relación con la salud.

En las sociedades primitivas su medio es la naturaleza, en las sociedades industriales el medio ha sido creado enteramente por el hombre y por tanto es modificable.

Se deriva de ello la necesidad de un Programa del Medio Ambiente integrador de todos los sectores implicados en él, integrado en unos mecanismos de actuación multidireccionales.

Todos los elementos constituyentes del medio ambiente humano el natural y el creado por el hombre han de estar interrelacionados.

5. Programa de higiene de los alimentos



Un programa global del medio ha de reunir las capacidades de integrar en una fuente de decisión aspectos complementarios de muchos sectores.

En este sentido contará con:

- Visión global del medio. Por ejemplo higiene del agua y alimentos, medio natural agricultura-alimentos, etc.
- Capacidad multisectorial.
- Capacidad normativa, informativa, educativa, sancionadora, de presión, etc.
- Integración funcional.
- Capacidad investigadora

Fundamentalmente el Programa del Medio habrá de hacer posibles actuaciones en materia de fomentar alimentos más seguros actuando sobre todos los sectores de la cadena (o a través de la interacción con otras agencias) a luz de los problemas que los Servicios de Salud (Salud Pública, Atención a la Salud) detecten como más rele-

vantes y cuyo origen se haya identificado en los diferentes puntos críticos de la cadena alimentaria. A su vez desde los sectores de producción, etc. se generará el flujo de actividades que debidamente coordinadas hagan a los servicios de salud capaces de afrontar los riesgos no evitables en la producción, fundamentamente los derivados de una mala conservación (cadena del frío) o de una inadecuada manipulación.

Estructura de los servicios de salud

Una condición indispensable para tratar adecuadamente los problemas de salud en los puntos críticos de la cadena alimentaria requerirá antes que nada una adecuada estructuración de los servicios de salud, en sus distintos niveles.

Los servicios de salud actualmente presentan una disociación entre la estructura de Atención a la Salud de Insalud y los Servicios de Salud Pública en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Dando por integradas ambas estructuras, cuando ello ocurra, habrá de existir una correlación a cada nivel de la red territorial entre ambas.

De tal manera que directrices de Salud Pública sean aplicables a los Servicios de Atención Sanitaria y viceversa, los problemas de salud atendidas por ellas generarán las decisiones y prioridades adecuadas en los Servicios de Salud Pública.

La integración de ambas estructuras comportará dificultades administrativas, de recursos humanos, materiales, etc. que habrán de resolver los responsables correspondientes. Existen documentos de integración de los técnicos de Salud Ambiental y Alimentaria (veterinarios, farmacéuticos, etc.) en la red territorial que actualmente ya poseen los Servicios de Atención Sanitaria tanto en su ubicación en el Area de Salud, Zona de Salud o de manera mixta estos profesionales y quizá nuevos profesionales (Grado Medio de Salud Ambiental) junto con los ya existentes de la red de titulares, habrán de hacer el aporte multidisciplinar y específico de la higiene de alimentos tanto en área, como en la zona donde habrán de formar parte en un todo. No pueden actuar por separado ambos sistemas, si no considerar la visión unitaria de la salud. Las profesiones médicas y de enfermería, etc., habrán de trabajar con estos otros profesionales en los problemas de salud del medio especialmente en Higiene de Alimentos, pues las tareas no pueden desglosarse hasta el infinito para los actuales equipos de Atención Primaria, y además la multidisciplinariedad aportará la competencia técnica y la formación necesarias en estos temas específicos.

Pero lo más importante es que la integración de estos diferentes tipos de profesionales producirá la homogenización de las conductas a la hora de afrontar los multisectoriales problemas del medio, alimentos en particular. Como esponjas o mejor como membranas semipermeables (como todas las biológicas) habrán de filtrar los enfoques técnicos y las experiencias de cada colectivo en el manejo de estos problemas.

Ordenación de función en la estructura regional. Propuestas

SERVICIOS REGIONALES		NIVEL DE AREA	NIVEL DE ZONA
Servicios de Salud Pública	Programa del Medio Epidemiología Otros →	Estructuras adecuadas de Salud Pública para el Area. Programas integrados Medio-ambientales* →	E.A.P.S. Todo el personal sanitario de la zona.
Servicios (S.M.S.) Asistenciales Hospitales Nivel terciario →		Red Asistencial (especializada) Hospital de Area →	Deberá incluir, Estructura asistencial Estructura Salud Pública. (Farmacéuticos, Veterinarios, etc. titulares).
Organismos de ámbito regional con responsabilidad sobre Alimentos	Industria Agricultura → Pesca Hostelería, etc.	Estructura de control de higiene alimentaria → Personal técnico de higiene del medio: Farmacéuticos, Veterinarios, etc.*	Municipio u otros organismos que tengan competencia sobre el medio.

NIVEL MINIMO INTEGRADO DE ATENCION A LA SALUD

TAREAS			
Control Medio Físico (Agua, Aire, etc.)	– Control en procesos productivos. – Epidemiología Regional. – Función normativa. – Investigación → (Epidemiología, Hábitos consumo). – Opinión Pública. Asociaciones Profesionales. – Conexión Registros.	– Control en Industrias o procesos productores de menor entidad que correspondan al área. – Control cadena del frío. → – Epidemiología Area. – Conexión Registros. – Organización recursos humanos área. – Mapeo de puntos críticos del área.	– Técnicas Salud Ambiental Veterinarios, Farmacéuticos, Grado medio, etc. – Censo y mapeo alimentario: zona. – Diagnóstico Salud: Prioridades en Medio-Higiene de alimentos. – Vigilancia epidemiológica. – Investigación: Clínica SISEDO Campo-Hábitos Alimentarios. – Participación Comunitaria Educación para la Salud.

Las propuestas de vertebración funcional no corresponden a esta ponencia sino a las autoridades sanitarias correspondientes. Asimismo las propuestas pueden ser muy ricas una vez oídas las ideas de todos los aquí presentes y de todos los implicados en este área tan fundamental de la Salud Pública, para la Promoción de la Salud.

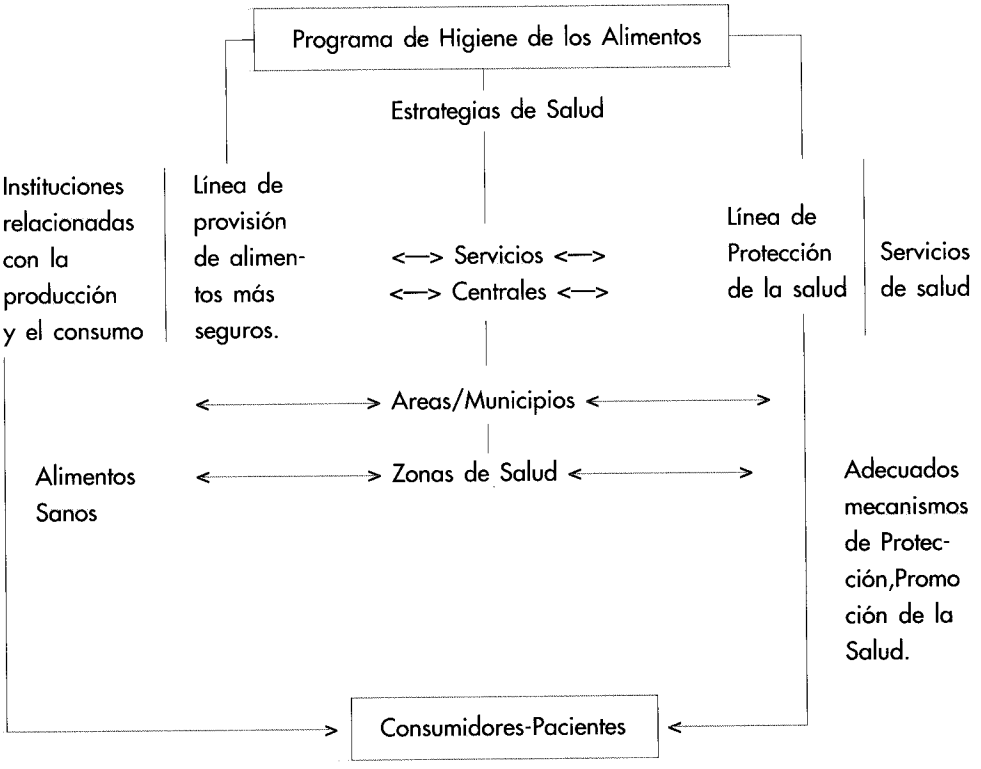
A modo de primera propuesta podemos sugerir algunas ideas de racionalización de conexiones así como de corresponsabilización de tareas.

En este sentido hay dos aspectos fundamentales dinámicos, de actuación en Higiene Alimentaria.

Por un lado la provisión de alimentos más seguros y por otro estar correctamente preparados para que los Servicios de la Salud puedan afrontar los problemas de la salud, de origen alimentario, que se presenten.

Pero ambas líneas de trabajo y las instituciones implicadas en ellas deben hacer operativa la idea de multisectorialidad para ser eficaces.

En todos los niveles el flujo de información y la corresponsabilización en la ejecución de estrategias o programas de salud, es una condición "sine quanon" de eficacia y eficiencia.



Capacidades versus dificultades de participación de la Atención Primaria en el Medio Ambiente-Higiene de Alimentos

El término Atención Primaria como todos sabemos surgió en la Conferencia de Alma ATA como una concepción de la Salud Integradora de Saberes y Profesiones, referida al nivel básico de atención al individuo, a la comunidad y al medio. Se preveía como el mecanismo más idóneo de mejorar los niveles de salud de las poblaciones de todo el mundo con un énfasis especial en que el mundo desarrollado (al cual vamos perteneciendo) superaría la dicotomía entre un sistema de medicina muy tecnificado, hospitalista cuyos costes crecientes no venían aparejados de ganancias correlativas de los niveles de salud.

Una nueva dimensión adquiría el mensaje salubrista, que tras la Conferencia de Otawa recuperaba la Promoción de la Salud como el mejor instrumento de mejorar los niveles de salud de las poblaciones. La recuperada experiencia de la salud pública del S. XIX y el informe Lalonde marcaban directrices de como hacer promoción de salud a través del medio ambiente, los estilos o condiciones de vida y los factores psicosociales en la salud.

A tenor de estas iniciativas, en España, se creó una disciplina científica como especialidad médica, la Medicina Familiar y Comunitaria que recogía esta concepción de la salud en una formación médica específica. Posteriormente en 1984 un Decreto Ley proclamaba la creación de Equipos de Atención Primaria dentro de la red del Insalud (u Organismos Autónomos correspondientes) como la estructura de Atención a la Salud inspirada en los presupuestos de la Atención Primaria y con el cuerpo profesional creado con la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

El desarrollo de la Atención Primaria con mucho ha superado al nivel asistencial anterior y ha sido acogido muy favorablemente por las poblaciones que atiende que, de manera obvia, ha recogido los beneficios.

La Atención Primaria es, por otro lado, una disciplina científica sobre la que no cabe extenderse más aquí. La red de Centros de Salud de Atención Primaria de esta Región son una realidad y deberían afrontar los contenidos de la salud medioambiental de su disciplina. A nuestro juicio posee capacidades para hacerlo pero también dificultades. Para ello una mención sumaria de ellas creemos que puede servir como debate para delimitar entre todos su capacidad de afrontar la Higiene de Alimentos.

Capacidades

- Sobre los tramos finales de la cadena alimentaria. Manipulación-Distribución Minorista-Restauración, etc.
- Sobre los consumidores de alimentos como colectivo.
- Sobre la comunidad como receptora, sujetos activos de opinión y de las opciones de elección de alimentos sanos.
- De vigilancia epidemiológica.
- Investigadoras.

Dificultades

- Orientación asistencial.
- Economización de la salud.
- Incrementalismo burocratizador.
- Desvinculación de medio-ambiente.
- Carencia de objetivos de Salud (y más específicamente medio ambientales).
- Insuficiente estructura multidisciplinar.
- No incentivación en programas extraasistenciales.

Necesidades básicas para afrontar problemas medioambientales

- Competencias normativas.
- Desglose de actividades para la salud del individuo, de la comunidad y del medio.
- Técnicos específicos, amén de las existentes, en salud medioambiental.
  - Veterinarios, Farmaceúticos.
  - Nuevas profesiones (Grado Medio en Técnicos de Salud Pública, etc.).
  - Incentivación.

Probablemente, lo razonable sería crear una "Red de Centros Centinelas de Salud Medioambiental" como ya existen en otros países con capacidad real de actuación medioambiental, que sirvan de referencia y de muestra representativa de toda la red.

No será necesario ni quizá operativo que todos los centros (pequeños, mal dotados, muy cercanos, etc.) participen en tareas medioambientales.

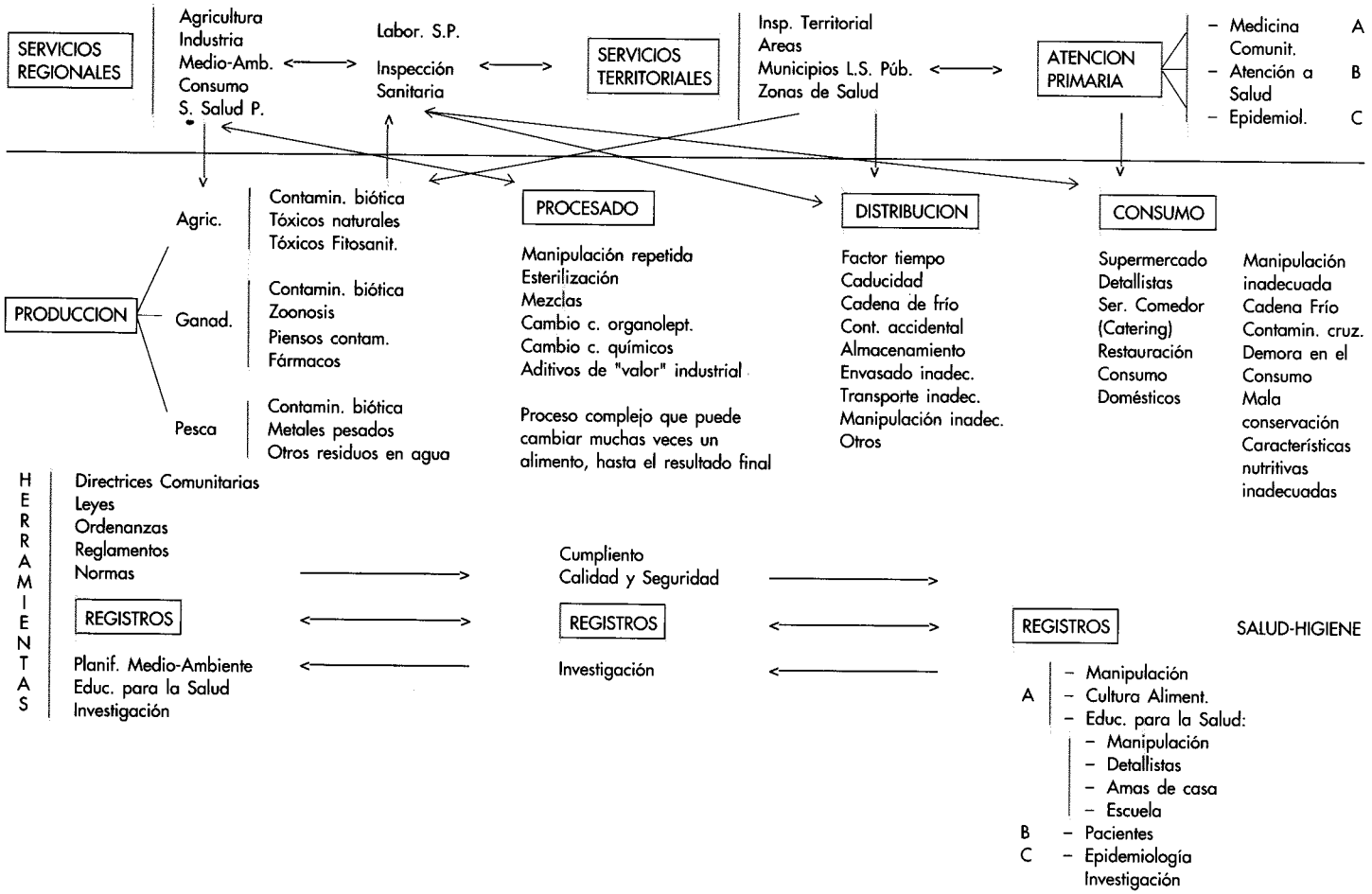
B. Posibilidades de actuación de la Atención Primaria de Salud en la cadena alimentaria

El tamaño de la cadena alimentaria, en nuestras sociedades industriales, es de tal calibre, que presenta múltiples puntos de contacto entre los sectores implicados en ella. Industrias agroalimentarias, Organos de la Administración responsables, Servicios de Salud, Industria Pesada y Ligera, Industria Química y Petroquímica (suplen muchos de los productos usados en agricultura e Industria Alimentaria), Transporte, Sociedades Mercantiles (Grandes Superficies, etc.) así como las Empresas Publicitarias dependen estrechamente de sus clientes de alimentos y bebidas a los cuales se dirigen para ser los mayores vendedores.

¿Qué papel han de jugar los Servicios de Salud para desarrollar alimentos más seguros, de adecuada composición nutricional y estar preparados ante los riesgos que emanen de ellos? ¿Qué posibilidades de actuación tiene la Atención Primaria en la cadena alimentaria? Es el reto que debemos marcarnos y que aportaremos en este apartado.

Un esquema de actuación podria ser el que sigue:

La salud en el engranaje de la cadena alimentaria



Herramientas de la atención primaria

1. Diagnostico de Salud

El análisis de la situación de cada zona básica es fundamental para poder llevar actuaciones de prevención y promoción de la salud.

En este sentido sería interesante recoger entre otros los siguientes datos:

Producción
- Explotaciones y animales de producción.
- Saneamiento del ganado. Cobertura vacunal.

Transformación, Elaboración y Distribución
- Censo y ubicación de las industrias alimentarias.
- Inspección realizadas → (por programa / a demanda) → Actas causadas
- Control de puntos criticos.

Restauración
- Censo de Comedores Colectivos
- Inspección realizada → Colegios: prog. del niño / Centro de Salud / Resto

Manipuladores
- Censo manipuladores.
- Programas de educación a manipuladores

2. Vigilancia Epidemiológica

Además del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria creado en nuestro país desde los años 40, la vigilancia epidemiológica es una buena herramienta de la Atención Primaria como red de alerta para otros muchos procesos, entre ellos las enfermedades de transmisión alimentaria, por ejemplo las intoxicaciones por residuos de medicamentos, plaguicidas, otras sustancias químicas, etc.

Para ello no sería necesario la participación de todos los centros de Atención Primaria, sólo algunos estratégicos que cuenten con recursos y disponibilidad técnica que se podrían integrar en una Red de Centros Centinela de Vigilancia Epidemio-

lógica cuyos resultados podrían inferirse posteriormente a toda la población de referencia.

3. Investigación

Justificación: Necesidad de tener información adecuada sobre los determinantes básicos de la salud, por ejemplo, alimentos.

AREAS:

- Epidemiológica:
  - Investigar nuevos items del SISEDO p/ej. otros procesos diarreicos.
  - Otros procesos diferentes al E.D.O.
  - Carcinogenesis. Degenerativos: Metales pesados, etc.
- Estilos de vida Cultura Alimentaria
  - Alimentación y nutrición: hábitos y conocimientos de la Comunidad.
  - Estilos de vida alimentaria no saludables.
- Medio Ambiente
  - Cadena de puntos críticos.
  - Influencia del medio físico.
  - Agricultura (p.e. z. de cultivos intensivos).
  - Abastecimientos,
  - Residuales, etc.
  - Industrias (zonas de mataderos, etc.).
  - Servicio de comedor (catering en ciudades).
  - Restauración.
  - Hogar.

4. Educación para la Salud

Es necesario la Higiene de los Alimentos y por supuesto siempre en coordinación con los Servicios de Salud Pública. Tal vez sea este un problema que aún nadie se ha atrevido a abordar, y sea la principal dificultad de nuestra ponencia.

Al principio decíamos que a los profesionales de la salud no se les ha formado en materia de Salud Pública y Medio Ambiental, y muy poco en Higiene de Alimentos, pero con la puesta en marcha de cursos de post-grado este problema comienza a solucionarse, aunque sigue siendo necesaria una mayor sensibilización de los profesionales sanitarios.

De otro lado la presión asistencial que sufren en la actualidad los Centro de Salud y la no integración real de otros profesionales (veterinarios, farmaceúticos, ...) hace difícil que desde la perspectiva actual de funcionamiento se pueda abordar la situación.

Tal vez el arma principal con la que cuenta la Atención Primaria sea la Educación para la Salud que no puede entenderse sin una participación comunitaria extensa.

Podemos definir a la Educación para la Salud, tal como la describe Green, en el sentido de considerarla como "Toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada y destinada a facilitar los cambios voluntarios hacia comportamientos saludables".

El rol de la Educación para la Salud trata de facilitar los cambios de la conducta de forma voluntaria tanto de los responsables como de los técnicos y de la población.

Según la O.M.S. "La promoción de la salud se ha convertido en elemento común para todos aquellos que admiten la necesidad de un cambio en nuestro modo de vida y en nuestros hábitos con la finalidad de mejorar nuestro estado de salud.

La promoción de la salud aparece como una estrategia de mediación entre la población y su entorno operando la síntesis entre las elecciones individualizadas y la responsabilidad de la sociedad en el ámbito de la salud".

En base a todo lo anterior la Atención Primaria se puede dirigir hacia:

1. Consumidores.
2. Prevención de cualquier enfermedad transmisible por alimentos.

Estos aspectos enmarcados en la Atención Primaria de la Salud son el punto de partida para impartir Educación para la Salud a todos los niveles posibles de la población formando para ello Agentes de Salud.

El objetivo general de esta formación consiste en aumentar el nivel de conocimientos en materia de Higiene Alimentaria.

Los grupos de formación pueden clasificarse en dos tipos de destinatarios, en el primero se trata de la formación de profesores, los cuales pueden transmitir estos conocimientos a los niños en la escuela, ya que la escuela es el lugar idóneo para educar en la salud dado que en ella coinciden unos elementos que pueden considerarse adecuados para la metodología de esta materia los cuales son: contacto directo, continuidad, programación y participación de la comunidad. El segundo grupo estaría integrado por toda la comunidad y las actividades a programar como charlas, cursos, conferencias, etc. irían dirigidas a:

- Manipuladores de alimentos.
- Voluntariado social.
- Auxiliares de hogar o trabajadores familiares que cuidan a enfermos, ancianos y niños (ya que esta es considerada una población en riesgo).
- Asociaciones de mujeres o amas de casa.
- Asociaciones de vecinos, etc...

Naturalmente que estas acciones educativas no pueden desarrollarse sin una participación activa de la comunidad.

5. Participación de la Comunidad

El concepto de "participación de la comunidad en la salud" es que: la comunidad, a nivel local, debe conocer y asumir cierta responsabilidad en la identificación, valoración y solución de los problemas comunales de la Salud Pública porque es a ella, a quién más le interesa solucionar esos problemas y satisfacer sus necesidades de salud.

Para que la participación sea efectiva, se requieren por los menos dos condiciones:

1. Que exista voluntad para la participación en el nivel político.
2. Que ésta se traduzca en el diseño de una verdadera política de participación que incluya a todos los sectores de la comunidad.

Por lo que refiere a la participación de la comunidad en los planes de la salud, deben tenerse en cuenta los siguientes elementos:

1. Debe participar toda la población.
2. Los servicios de salud, así como los organismos que toman las decisiones de alto nivel.
3. El contenido de la participación, es decir, las acciones concretas a que ellos darán lugar.
4. Los diferentes niveles de participación: nacional regional y local.
5. Los mecanismos de la participación: consulta y decisión .
6. Los recursos necesarios para obtener el éxito esperado.
7. La educación para la salud concebida como instrumento fundamental para la participación.

Con la participación de los Consejos de Salud, aparece una vía de canalización, que se constituye como verdadero órgano de opinión en la zona de salud.

En conclusión, consideramos que la "participación de la Comunidad" como un proceso dinámico permanente que se caracteriza por:

- Ser activa, si la comunidad interviene efectivamente en sus diferentes etapas.
- Ser consciente, si la comunidad logra consciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades a solucionar.
- Ser responsable, si la comunidad se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.
- Ser deliberada, si las intervenciones son decididas voluntariamente y en forma planificada.
- Ser organizada, cuando todas las actividades se integran y organizan con objetivos comunes hacia el desarrollo comunal.
- Ser sostenida, cuando el proceso se mantiene de forma permanente e ilimitada.

De esta forma, la participación deja de ser una utopía y se transforma en una realidad.

III. CONSIDERACIONES

1. De la evolución histórica y de las recientes concepciones de la O.M.S en materia de Higiene de Alimentos se derivan 2 reflexiones fundamentales:
   - Por un lado a tenor de estos nuevos enfoques vemos que tras una etapa reciente de tecnologización de la medicina y una dirección crecientemente asistencial se recupera la tradición salubrista introduciendo un fundamento importante: la promoción de la salud y se amplían los puntos de mira de las instituciones sanitarias a áreas tradicionalmente fuera de ellas como es el Medio Ambiente y la Higiene de los Alimentos en particular.
   - Todos los documentos citados, S.P.T. 2000 y especialmente La Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud y el Documento de Objetivos de Salud de la O.M.S. Europea, recuerdan la importancia de abordar la salud incluyendo entre estas metas aquellas de medio ambiente y la reorientación de los Servicios de Salud fuera de sus tradicionales tareas asistenciales.
2. La asunción de estas tareas de salud medioambientales por parte de la Atención Primaria parte de que ésta es la instancia básica de atención al individuo a la comunidad y al medio. La actual Atención Primaria y la especialidad médica Medicina Familiar y Comunitaria al menos como disciplinas científicas han de abordar estos nuevos postulados y enfocar la Higiene de Alimentos dentro de sus tareas, como determinante fundamental de la salud que es.
3. Los riesgos para la salud derivados de un control deficiente de la Higiene de Alimentos abarcan una amplia gama de posibilidades desde los más conocidos y no por ello más resueltos: toxiinfecciones alimentarias hasta los riesgos más recientes derivados de los productos químicos usados en la producción e industrialización alimentaria que suponen aportaciones a la conservación y mejora de las características anteriores de los alimentos pero cuyos riesgos presentes y futuros no están suficientemente aclarados en muchos casos.
4. En todos los casos el manejo de la Higiene de Alimentos para conseguir alimentos más seguros pasa por una adecuada integración funcional de las acciones a llevar a cabo en todas las etapas del proceso de generación de alimentos llamado Cadena Alimentaria, desde las materias primas, hasta los productos finales para el consumo. Todos los interlocutores posibles, los encargados de velar por conseguir alimentos más seguros, hasta los diferentes niveles de los servicios de salud han de estar preparados para afrontar adecuadamente los riesgos que se deriven de ellos.
5. Para que una tan multisectorial y multidisciplinaria actuación se pueda llevar a

cabo de una manera coordinada y eficiente será preciso crear los instrumentos de coordinación y operatividad que podemos englobar en un Programa del Medio capaz de englobar en una visión unitaria tal cantidad de tareas.

6. Para dar respuesta a los retos que se derivan de estas tareas, los Servicios de Salud en su estructura territorial, deberán estar vinculados operativamente a cada nivel con cada etapa de la cadena alimentaria y con los organismos que han de velar por proveer alimentos más seguros.

   Los Servicios de Salud preparados para afrontar los riesgos para la salud de origen alimentario y el conocimiento de la realidad que de ello se derive, podrá generar flujos de información recíprocos con los organismos responsables de garantizar alimentos seguros, que posibiliten una menor afectación de la salud humana por el consumo de algo tan esencial como son los alimentos.

Por consiguiente la Atención Primaria se sitúa en el nivel más cercano a la población y como primer nexo entre su salud en un sentido amplio y el resto de instituciones, colocándose en un lugar privilegiado para recoger y canalizar las situaciones y demandas que se presenten en una actitud de búsqueda activa. Para ello, posee capacidades e instrumentos que le han de permitir conocer cada vez mejor los niveles de salud de la población y transformar, mediante la formación y fomento de la participación, las actividades pasivas de los individuos y las colectividades para elegir opciones y conductas cada vez más saludables y seguras a la hora de alimentarse.

Estas herramientas que la Atención Primaria posee han de ser completadas en equipos con una composición más multidisciplinaria al integrar junto con las profesiones que ahora mismo trabajan, otros técnicos con orientaciones más específicas de intervención en la cadena alimentaria. (Veterinarios, Farmaceúticos, Técnicos en salud medioambietal...)

De nuevo, tenemos que decir que la Atención Primaria ha de actuar en un engranaje de actuaciones y parcelas de responsabilidad bien delimitada para cada organismo, de tal manera que todos los puntos críticos de la cadena alimentaria queden cubiertos por su correspondiente vigilante.

BIBLIOGRAFIA

- Ashton, J.: Healtht Cities Papers Action Area, Food Dept. of Community Health University of Liverpool. 1990.
- Ashton, J.; Seymur H.: The New Public Health. Open Unversity Press. Milton Keynes 1.988.
- Boletín Microbiológico Semanal n.º 17 y 18/1991. Centro Nacional de Epidemiología.
- Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. Direction Génerale de la Santé, n.º 25. 1991.
- Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud. Frankfurt. 1989.
- Cederer, J., Alimentación et Lancen Maloire. Paris, 1986.
- FAO/OMS, Importancia de la Inocuidad de los Alimentos para la Salud y el Desarrollo. Serie de Informes Técnicos 705. Ginebra 1984.
- Gerald Richards, I.A.; Baker, M.R.: The epidemiology and Prevention of Important Diseases. Churchill Livingstone. Endinburgh. 1988.
- Guía para la Elaboración del Programa de Atención al Medio en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicaciones. Madrid 1989.
- Hallenbeck, W.H.; Cunninghamburns, K.M. Pesticides and Human Health. Springer-Verlag. New York. 1985.
- Jornadas de Toxiinfecciones Alimentarias en Restauración Colectiva. Madrid, 18-19 de abril de 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mary Coolke, E., Epidemiology of Foodborne Illues. The Lancet. Sept. 1990. vol. 336. pag. 790-793
- Mckeown Th.: The orignis of Human disease". Basil Blackwell. Oxford. 1988.
- Mckeown, Th.: The role of medicine. Basil Blackwell. Oxford 1.989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Colección: Atención Primaria de Salud. Guía para la elaboración del programa de Atención al Medio en Atención Primaria de Salud. 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Servicio de Documentación y Publicaciones. Diagnóstico de la Situación de Salud: Guía para la recogida de información en el Area Sanitaria n.º 1483 año 1986.
- Morbidity and mortality weekly report. Foodborne Disease outbreaks U.S. Department of Health and human services. Center for disease Control. Vol. 39/n.º 55-1. 1990 .
- Moreno García, B., Residuos de Medicamentos Veterinarios y de Sustancias Químicas en Alimentos de Origen Animal. Mundo Ganadero, n.º 12. 1991.
- Nooh D. Norman: Food poisonning. British Medical Journal. Vol. 291 Sept. 1985.
- O.M.S. Estrategias Salud para todos en el año 2000.
- Rowland, A.J.; Cooper, P.: Enviroment and Healh. Edward Arnold. London 1989.
- Saiz, L. Higiene de la Alimentación. Enciclopedia Sistemática de los Alimentos. Ed. Aedos. Barcelona. 1982.
- San Martín, H. Pastor, V.: Salud Comunitaria Teórica y Práctica, Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid Barcelona.1984.
- Todd, E.: Epidemiology of Foodborne Illuess: North America. The Lancet Sept. 1990, Vol. 36 pags. 788-790.
- Vettorazzi, G., Principios Generales para la evaluación toxicológica de los residuos de plaguicidas en alimentos. Curso Monográfico de Seguridad Química en Plaguicidas. Pamplona. 1987.
- Vigilancia y control de las Infecciones e intoxicaciones de origen alimentario en la Región de Murcia. Programa 1990/1991 y Manual de Procedimiento. Dirección General de Salud. Monografias Sanitarias n.º 7. Murcia. 1990.
- Waites, W.M.; Arbuthnoh, J.P.: Foodborne Illuess and aversiew. The Lancet. Sep. 1990. vol. 336, pag.722-725.

BIBLIOGRAFIA

- Ashton, J.: Healtht Cities Papers Action Area, Food Dept. of Community Health University of Liverpool. 1990.
- Ashton, J.; Seymur H.: The New Public Health. Open Unversity Press. Milton Keynes 1.988.
- Boletín Microbiológico Semanal n.º 17 y 18/1991. Centro Nacional de Epidemiología.
- Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. Direction Génerale de la Santé, n.º 25. 1991.
- Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud. Frankfurt. 1989.
- Cederer, J., Alimentación et Lancen Maloire. Paris, 1986.
- FAO/OMS, Importancia de la Inocuidad de los Alimentos para la Salud y el Desarrollo. Serie de Informes Técnicos 705. Ginebra 1984.
- Gerald Richards, I.A.; Baker, M.R.: The epidemiology and Prevention of Important Diseases. Churchill Livingstone. Endinburgh. 1988.
- Guía para la Elaboración del Programa de Atención al Medio en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Publicaciones. Madrid 1989.
- Hallenbeck, W.H.; Cunninghamburns, K.M. Pesticides and Human Health. Springer-Verlag. New York. 1985.
- Jornadas de Toxiinfecciones Alimentarias en Restauración Colectiva. Madrid, 18-19 de abril de 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mary Coolke, E., Epidemiology of Foodborne Illues. The Lancet. Sept. 1990. vol. 336. pag. 790-793
- Mckeown Th.: The orignis of Human disease". Basil Blackwell. Oxford. 1988.
- Mckeown, Th.: The role of medicine. Basil Blackwell. Oxford 1.989.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Colección: Atención Primaria de Salud. Guía para la elaboración del programa de Atención al Medio en Atención Primaria de Salud. 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General. Servicio de Documentación y Publicaciones. Diagnóstico de la Situación de Salud: Guía para la recogida de información en el Area Sanitaria n.º 1483 año 1986.
- Morbidity and mortality weekly report. Foodborne Disease outbreaks U.S. Department of Health and human services. Center for disease Control. Vol. 39/n.º 55-1. 1990 .
- Moreno García, B., Residuos de Medicamentos Veterinarios y de Sustancias Químicas en Alimentos de Origen Animal. Mundo Ganadero, n.º 12. 1991.
- Nooh D. Norman: Food poisonning. British Medical Journal. Vol. 291 Sept. 1985.
- O.M.S. Estrategias Salud para todos en el año 2000.
- Rowland, A.J.; Cooper, P.: Enviroment and Healh. Edward Arnold. London 1989.
- Saiz, L. Higiene de la Alimentación. Enciclopedia Sistemática de los Alimentos. Ed. Aedos. Barcelona. 1982.
- San Martín, H. Pastor, V.: Salud Comunitaria Teórica y Práctica, Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid Barcelona.1984.
- Todd, E.: Epidemiology of Foodborne Illuess: North America. The Lancet Sept. 1990, Vol. 36 pags. 788-790.
- Vettorazzi, G., Principios Generales para la evaluación toxicológica de los residuos de plaguicidas en alimentos. Curso Monográfico de Seguridad Química en Plaguicidas. Pamplona. 1987.
- Vigilancia y control de las Infecciones e intoxicaciones de origen alimentario en la Región de Murcia. Programa 1990/1991 y Manual de Procedimiento. Dirección General de Salud. Monografías Sanitarias n.º 7. Murcia. 1990.
- Waites, W.M.; Arbuthnoh, J.P.: Foodborne Illuess and aversiew. The Lancet. Sep. 1990. vol. 336, pag.722-725.

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 3 de Abril de 1992 - 11'30 h. - Sala Principal

11'30 h. Distribución, según deciles de riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica de la población masculina adscrita a un centro de salud.

11'40 h. Estudio de factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia: Resultados de la fase piloto.

11'50 h. Tabaquismo en los profesionales de Atención Primaria.

12'00 h. Tratamiento con nicardipina de 115 ancianos con hipertensión arterial ligera moderada.

12'10 h. Educación diabetológica en Atención Primaria: Resultados de la I Colonia de Verano para diabéticos juveniles del Bajo Guadalentín.

12'20 h. Portadores asintomáticos de anticuerpos contra el VIH. Incidencia y problemática actual en nuestro medio.

Distribución, según deciles de riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica de la población masculina adscrita a un C. de Salud

Factores de Riesgo / Cardiopatía Isquémica / Atención Primaria

José María Sánchez de Toro Larios, Cecilia Guillén Montiel, Antonio Navarro Martínez, Tomás Hernández Ruipérez, Mari Nieves Martínez González-Moro y Manuel Regojo Almela

Centro de Salud Barrio del Carmen

C/. Goya, s/n. 30002 Murcia. Telf. 25 35 43

Objetivo

Establecer una distribución de la población masculina, comprendida entre 25 y 55 años, adscrita a nuestro centro, según deciles de riesgo de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI).

Métodos

Aplicando la estrategia propuesta por Shaper, se recogen los datos de 2.848 historias clínicas, en el momento de su apertura, realizándose un análisis descriptivo de cada uno de los factores de riesgo (FR).

Resultados

La prevalencia del tabaquismo fue del 50'1%, mientras que la hipertensión arterial y la diabetes no superaron el 14'1% y el 2'5%, respectivamente. La CI documentada es el factor de riesgo con menor prevalencia (1'2%), con una distribución de los casos inversa a la observada para la CI no documentada (aparecen en individuos más jóvenes y en los deciles menores de riesgo). El porcentaje de individuos en cada uno de los FR aumenta a medida que se incrementa la edad y el decil de riesgo.

Conclusiones

El presente trabajo representa uno de los primeros intentos, a nivel nacional, de distribuir a una población según el riesgo de fallecer por CI. Creemos que el seguimiento de esta población durante 10 años, nos dirá si las medidas adoptadas para disminuir la prevalencia de los FR, modifican dicha distribución, disminuyendo el número de individuos incluidos en los deciles alto de riesgo.

Estudio de factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia. Resultados de la fase piloto

Encuesta de prevalencia / Factores de Riesgo cardiovascular / Control de calidad

M.J. Tormo Díaz, C. Navarro Sánchez, D. Chirlaque López, J. Cánovas Conesa, I. Moreno-Sueskun y D. Pérez-Flores

Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad

Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia. Telf. 36 20 39

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad e incapacidad en la Región de Murcia.

Los Factores de Riesgo (FRs) que explican una mayor parte de la morbimortalidad cardiovascular (hipertensión arterial (TA), colesterol sérico elevado, tabaquismo, obesidad e inactividad física) no están cuantificados de forma precisa en las diferentes áreas sanitarias.

Se ha diseñado una encuesta de prevalencia sobre FR cardiovascular en la Región de Murcia cuyos *objetivos* principales son: cuantificar los niveles de exposición a diferentes FR cardiovascular, crear las bases para el seguimiento y monitorización de los FRs en la población y crear las bases para la realización de programas de intervención.

En esta comunicación se presentan los resultados del estudio piloto realizado en un núcleo urbano (Alcantarilla, tasa de respuestas [TR] 62'4%) y uno rural (Aledo, TR 76'3%) haciendo énfasis en dos aspectos. De un lado las diferentes estrategias de captación de los sujetos (carta, teléfono y visita domiciliaria). De otro, los resultados de las mediciones de los FRs teniendo en cuenta las medidas de control de calidad (de TA, actividad física y colesterol sérico) efectuadas.

Si la cuantificación de los FRs tiene interés epidemiológico-clínico, las estrategias de captación pueden ayudar a planificar otros estudios poblacionales.

Tabaquismo en los profesionales de Atención Primaria

Tabaquismo / Trabajadores / Atención Primaria

Lourdes Gaona Gómez, José M.ª López López, M.ª Dolores Lirón Ruiz, Fco. Javier Arnés Acevedo, Salomón Rivera Peñaranda y Jaime Lloret Solano

Centro de Salud de San Javier.

Avda. Aviación, s/n. 30730 San Javier (Murcia). Telf. 57 10 64

Resumen

Para conocer la prevalencia y actitudes frente al tabaco en un colectivo ejemplar: trabajadores de Atención Primaria, y las posibles diferencias entre Centros de Salud (C.S.) y Ambulatorios, se distribuyó una encuesta anónima entre todo el personal de los 7 C.S. y 7 ambulatorios existentes en nuestra Area de Salud.

Fueron contestados 155 encuestas (88%): 124 de C.S. (90'5%) y 31 de ambulatorios (81'5%). El 42'6% corresponden a médicos, 34'2% ATS y 23'2 a personal no sanitario (P.N.S.).

El 60% son fumadores, 14'8% exfumadores y 25'2% no fumadores. Un 12% fuma delante de los pacientes.

El 82'8% del total dice disponer de recursos para el tratamiento del tabaquismo, frente al 50% de los exfumadores ($p<0'01$).

No se han encontrado diferencias significativas entre C.S. y Ambulatorios, respecto a la prevalencia y actitud frente al tabaco, y sí en la distribución por edad y sexo ($p<0'03$).

La alta prevalencia de tabaquismo en el personal de Atención Primaria, así como su papel fundamental en la lucha antitabaco, pone de manifiesto la necesidad de programas específicos de Educación Sanitaria en este colectivo.

Tratamiento con nicardipina de 115 ancianos con hipertensión arterial ligera moderada

Nicardipine / Hypertensión / Elderly

A. Madrid Conesa, G. Ortega González, M. Molina Boix, M.T. Martínez Ros, M. Villegas García, y C. Martín Silvente

Hospital Virgen de la Arrixaca. G.R.A.M.U.

C/. Eulogio Soriano, 3 - 4.º-C. El Palmar (Murcia). Telf. 21 81 26

Resumen

Con objeto de adquirir experiencia propia en la eficacia y tolerancia de la nicardipina como monoterapia antihipertensiva en la población anciana se decidió realizar el presente trabajo. En un estudio multicéntrico se trataron de forma ambulatoria 115 ancianos hipertensos (84 con hipertensión arterial ligera (HAL) y 31 con hipertensión arterial moderada (HAM) con 20 mgrs. de nicardipina tres veces al día durante un período de 12 semanas. A los tres meses hubo un descenso significativo de la tensión arterial sistólica (171'2 ± 12'4 – 150'3 ± 12'4) y de la tensión arterial diastólica (98'7 ± 7'6 – 85'3 ± 9'1), controlándose con monoterapia de nicardipina el 84% del total (88% de las HAL y 70% de HAM). El grupo que respondió a monoterapia tenía una edad superior al que precisó combinación con un segundo fármaco ($p<0'001$). La frecuencia cardíaca disminuyó ligeramente al final del ensayo. Hubo efectos secundarios en el 19% y abandonos en el 18% de los cuales el 5% fueron por efectos adversos.

La nicardipina en régimen de monoterapia es una forma eficaz y bien tolerada para el tratamiento inicial de la hipertensión arterial en el anciano.

Educación diabetológica en Atención Primaria. Resultados de la I Colonia de Verano para diabéticos juveniles del Bajo Guadalentín

Diabetes Mellitus / Educación Diabetológica / Colonias de Verano

Manuel Sánchez Pinilla, Manuel Redondo Manuel y Eugenio Pérez Acosta

Centro de Salud de Totana

Edf. Cóndor, Blq. 9 3.º-B. Políg. de Sta. Ana
30310 Cartagena (Murcia). Telf. 51 48 41

Resumen

La organización y desarrollo por parte del Centro de Salud de una Colonia de Verano para 21 diabéticos insulino-dependientes que participaban por primera vez en un programa de educación diabetológica, ha permitido comprobar la eficacia de la misma para la consecución de los objetivos educacionales y de control metabólico prefijados. Entre el inicio y el final de la colonia el peso de los niños se mantuvo estable y los perfiles glucémicos mostraron descensos significativos ($P < 0'05$) habiéndose realizado un total de 735 determinaciones de glucemia capilar y 358 glucosurias. Se detectaron 45 hipoglucemias (glucosa <= 50 mg.) todas las cuales se resolvieron con la ingesta de alimentos azucarados. No se produjo ninguna hiperglucemia grave o mantenida. En los conocimientos teóricos asimilados se observó una mejoría significativa en la evaluación de los pre y post test ($P < 0'05$). El 83% de los niños consideraron que los contenidos y actividades realizadas tenían bastantes aplicaciones en su vida diaria. Del mismo modo esa experiencia ha sido muy importante para nosotros en cuanto que ha permitido una profundización de nuestros conocimientos teóricos y prácticos en la educación diabetológica del adolescente.

Portadores asintomáticos de anticuerpos contra el VIH. Incidencia y problemática actual en nuestro medio

Serología VIH / SIDA / Drogadicción

Carlos Sánchez de Rojas de las Heras y Asunción Salazar Rodríguez

Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo

C/. Mayor, 84 (Barrio de Peral) Cartagena. Telf. 53 49 05

Se realiza un estudio retrospectivo para conocer la incidencia de portadores asintomáticos de VIH en nuestro medio y valorar su seguimiento. Los casos positivos se obtuvieron del Servicio de Hematología del Hospital del Rosell en Cartagena y del Centro Comarcal de Salud, laboratorios de referencia.

Se analizan diversas variables epidemiológicas en relación con los seropositivos mediante revisión de historias clínicas y/o entrevista con el médico responsable en cada caso, valorando globalmente el seguimiento del paciente.

De un total de 204 test positivos se han diagnosticado 147 casos nuevos de infección en el período de diciembre de 1990 a noviembre de 1991. Los test de screening solicitados desde la Atención Primaria constituyen el 35%. La adicción a drogas por vía parenteral es el principal factor de riesgo (78'38%). El grupo de edad mayoritario es el de varones de 25-29 años.

No existe coordinación entre los diferentes niveles ni criterios definidos de actuación desde la Atención Primaria. Las circunstancias actuales en nuestro ámbito impiden el seguimiento de estos pacientes más allá de la detección de individuos con prácticas de riesgo.

Parece necesaria la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica en nuestra Comunidad.

COMUNICACIONES ORALES

Viernes, 3 de Abril de 1992 - 19'00 h. - Sala Principal

19'00 h. El diagnóstico de salud participativo como marco para los programas integrados de salud. Experiencia del Centro de Salud de La Ñora.

19'10 h. Actividades de prevención realizadas en un Centro de Salud antes de la implantación de un Programa Específico.

19'20 h. Control de calidad de actividades del Programa del Niño Sano.

19'30 h. Evaluación de un Subprograma de Embarazo, tras cinco años de funcionamiento.

19'40 h. Evaluación del Subprograma de Diagnóstico precoz del cáncer de cervix.

19'50 h. Screening de cáncer de cervix en un Centro de Salud.

El diagnóstico de Salud Participativo como marco para los Programas Integrados de Salud. Experiencia del Centro de Salud de La Ñora

Diagnóstico Salud Participativo / Participación comunitaria

Virtudes Sánchez Estévez, Diego Fuster Quiñonero, M.ª Emilia Martínez Roche, M.ª Carmen Pérez Muñoz, Antonio Sánchez Moreno, Pedro Marset Campos

Centro de Salud de La Ñora
Departamento Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina

Plaza Fuensanta, 4 - 5.º-C. 30008 Murcia. Telf. 23 05 68

Resumen

Para su adecuación a los problemas de salud más importantes que existen en la colectividad, los programas de salud desarrollados desde los Centros de Salud (CS) deberían responder a una interpretación y comprensión de los mismos, consiguiendo la participación de la población de la zona. En el CS de La Ñora, tras la puesta en marcha del Consejo de Salud, se aprueba llevar a cabo un Diagnóstico de Salud Participativo (DSP), a cuyo término se puedan llevar a efecto programas de salud participativos destinados a superar los principales problemas identificados y medidos conjuntamente por el EAP y la colectividad organizada de la zona.

Se adopta para la ejecución del DSP una metodología crítica-participativa secuenciada en tres etapas. 1) De acercamiento conceptual y práctico, 2) De identificación y medición conjunta de los tres problemas más importantes de la zona, y 3) De desarrollo de las conclusiones obtenidas.

Se exponen los resultados de la primera etapa, en la que el EAP analiza las causas sociales de los motivos de consulta, y las organizaciones ciudadanas obtienen el sentir de la población, a través de encuesta aleatoria, sobre los problemas de salud. Asimismo se indican las conclusiones del Consejo de Salud sobre los tres problemas elegidos prioritariamente.

Se destaca la dificultad de este proceso social por la falta de costumbre y ausencia de métodos experimentados.

Actividades de prevención realizadas en un Centro de Salud antes de la implantación de un programa específico

Prevención / Promoción

F.J. Arnés Acevedo, S. Rivera Peñaranda, J.A. Alarcón González, L. Gaona Gómez, M.D. Lirón Ruiz y R. Arnau Cuenca

Centro de Salud de San Javier

Avda. Aviación, s/n. 30730 San Javier (Murcia). Telf. 18 50 92

Resumen

Este estudio pretende conocer el nivel de aplicación de actividades preventivas y de promoción de salud, tanto en adultos como en niños, antes de la implantación de un programa específico (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud patrocinado por la SEMF y C).

Las actividades incluidas en este Programa son medidas de intervención eficaces, simples, seguras y poco costosas.

Realizamos un muestreo aleatorio simple (100 historias clínicas de adultos y 50 de niños) recogiendo su aplicación por subpoblaciones de riesgo.

Entre sus resultados más relevantes destacan porcentajes de registro en adultos de: 58% en tomas de T.A., 65% en tabaquismo, 64% consumo de alcohol, 60% despistaje de hipercolesterolemia, 38% vacunación antitetánica, en el 46% historias se recogen datos sobre obesidad, en el 56% del uso de anticonceptivos, 23% en sangrado vaginal postmenopáusico, 50% en citologías, en el 80% se ha registrado la presencia de embarazos previos. La media de registro para todas las actividades ha sido del 52'09%.

En las actividades a desarrollar en la infancia existen altos porcentajes de registro destacando datos sobre crecimiento, estrabismo, audición y vacunaciones prácticamente del 100%. La media global es del 89'75%.

Se concluye con la necesidad de protocolización y registro específico de las actividades como única arma fiable para aplicar y conocer el grado de cumplimiento de tareas preventivas.

Control de calidad de actividades del programa del niño sano

Lactante sano / Examen de Salud / Calidad Asistencial

Asensio Pérez, María; Moreno Pereira, Raimunda; Gómez Calín, Agustín; Pérez Navarro, Francisco; Soriano Ibarra, Juan F., y Alcolea Illán, Antonio

Centro de Salud de Aguilas

Quintana, 9 - 4.º 3880 Aguilas. Telf. 41 28 52

Resumen

El objetivo de la comunicación es la evaluación de actividades desde la puesta en funcionamiento del programa del niño sano en el C. de Salud de Aguilas en 1986, hasta el año 1990. Hemos revisado las historias de los niños nacidos en esos años y hemos evaluado el índice de captación, edad de captación, cobertura, seguimiento programa y porcentaje de asistencias.

La captación varió del 100% en el 86 al 95'8 en el 90. La edad del niño en la captación, que en el 86 fue del 60'7% por encima de los dos meses, paso a ser en el año 90 del 12'7% y los captados por debajo de los dos meses pasaron del 25'8% en el 86 al 73'8% en el año 90. La cobertura en el año 90 es del 87'2%, siendo los seguidores habituales el 65'4%. El porcentaje total de asistencias a consultas programadas en el año 90 fue de 80'6%.

Consideramos que los controles sistematizados son necesarios. La captación ha sido excelente y que a pesar de haber sido buenos los porcentajes en edad de captación y cobertura, se deben mejorar. Insuficientes el número de seguidores habituales.

Evaluación de un subprograma de embarazo, tras cinco años de funcionamiento

Embarazo / Evaluación / Programa / Atención Primaria

Ascensión Parra Hidalgo, Cecilia Guillén Montiel, Manuel Angel Regojo Almela, Antonio Navarro Martínez, Soledad Lario Simón y Luisa Pilar León Martínez

Centro de Salud Barrio del Carmen

C/. Goya, s/n. 30002 Murcia. Telf. 25 35 43

Objetivos

Evaluar el subprograma de embarazo, comparando los resultados obtenidos durante el primer y cuarto año de funcionamiento, entre sí, y con las metas establecidas.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se sigue la evolución de las siguientes variables: edad, n.º de embarazos totales, embarazos captados antes de la 12.ª semana de gestación, embarazos no incluidos y causa, embarazos excluidos y causa, n.º de visitas puerperales, inclusión postparto en subprograma de planificación familiar, lactancia materna e inclusión en subprograma del niño sano.

Resultados

No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto a la edad de la madre, el peso del recién nacido y el promedio de visitas programas. En cambio, la captación precoz fue del 48'6% en 1987 y del 59'2% en 1990 ($p < 0'05$). También se mostraron estadísticamente significativas las diferencias encontradas en: educación material, visita puerperal, planificación familiar, inclusión en el subprograma del niño sano, lactancia materna, así como en el n.º de embarazos no incluidos y excluidos, siendo la causa principal, en ambos, la petición propia.

Conclusiones

Consideramos que los resultados obtenidos justifican el mantenimiento e implementación del programa, aunque se debe mejorar la interrelación con otros niveles y la captación precoz.

Evaluación del subprograma de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix

Screening / Cáncer

M.ª Isabel Sánchez López, Rosa García Arsac, Mariana Villaescusa Pedemonte, Rosa Meseguer Ferrer y Carmen Ortega Sánchez

Centro de Salud de Molina de Segura

Avda. J. Carlos I, Edif. Encinas I - 2.º-C. 30008 Murcia. Telf. 28 06 57

Resumen

Se evalúa el funcionamiento y resultados de un subprograma de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix en una zona de salud durante el período de mayo de 1989 a diciembre de 1989, así como los factores de riesgo de las mujeres incluidas en el subprograma.

Se atendieron a 557 mujeres, realizándose 736 citologías. La cobertura fue del 7'72%. De las citologías realizadas en 19 de ellas se detectó displasia o metaplasia, no pudiéndose confirmar ningún caso de carcinoma de cérvix.

Encontramos que las mujeres incluidas en el subprograma reúnen los factores de riesgo predisponentes, no hallándose una mayor incidencia de displasias entre ellas.

Consideramos pertinente continuar con el subprograma de diagnóstico precoz en nuestro Centro de Salud, aumentando la captación y dirigiéndola hacia el grupo de mujeres de mayor riesgo. Planteamos también la necesidad de realizar estudios sobre la baja aceptabilidad de estos programas entre la población.

Screening de cáncer de cérvix en un centro de salud

Screening / Cáncer de cérvix / Atención Primaria

M.ª Dolores Calderó Beá, Antonio Navarro, Soledad Lario Simón, M.ª Calvo Jiménez, Remedios Piqueras y Luisa Pilar León Martínez

Centro de Salud B.º del Carmen

C/. Goya, s/n. 30002 Murcia. Telf. 25 35 43

Resumen

La incidencia de cáncer invasivo cervical ha disminuido significativamente en los últimos años en los países desarrollados debido a los programas de detección precoz de cáncer cervical. En nuestro centro de salud se inició en 1987 screening de cáncer de cérvix.

El objetivo de este trabajo es presentar los datos de evaluación de esta actividad preventiva desde enero de 1987 a mayo de 1991.

Se revisaron todas las historias de mujeres de 20-65 años recogiendo la edad año de realización de citología, resultado, y si la mujer estaba en programa de planificación familiar.

Se realizaron 1.797 citologías a 1.089 mujeres. La cobertura alcanzada fue de 5'9% en 1987 y 14'60% en 1990, variando la tasa para nuevas captaciones de 5'44% a 9'03% y la tasa para revisiones de 48'73% a 69'82%. La cobertura, asimismo, es mucho más alta entre las mujeres jóvenes (40'96%) que entre las mayores (11'89%). El 77'79% fueron citologías normales, 12'29% infecciones, 12'68% inflamatorias, 8'58% metaplasias inflamatorias y 14 displasias.

Destacamos el aumento progresivo de la tasa de cobertura con un alto cumplimiento de revisiones (70%), habiéndose detectado un total de 14 displasias 4 de las cuales eran graves, y la baja cobertura al ir aumentando la edad. Creemos que estas actividades, aunque importantes, son insuficientes y deben dirigirse, en un futuro, a toda la población susceptible de screening.

COMUNICACIONES ORALES

Sábado, 4 de Abril de 1992 - 11'30 h. - Sala Principal

11'30 h. Evaluación de la calidad microbiología de los alimentos servidos en bares de un municipio de la CARM (Totana).

11'40 h. Estudio comparativo de Salud Bucodental en tres colegios de la Región de Murcia. (Urbano, periurbano y rural). Período 89-90.

11'50 h. Consumo de alcohol en escolares de 7.º EGB. Resultados preliminares.

12'00 h. Análisis de distintas fuentes de datos disponibles sobre recién nacidos en la Región de Murcia.

12'10 h. La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación.

12'20 h. Auditoría y estudio de un protocolo de curas en una consulta de enfermería a demanda.

Evaluación de la calidad microbiológica de los alimentos servidos en bares de un municipio de la CARM (Totana)

Alimentos / Gérmenes / Salud Pública

Daniel Marín Meseguer, Juan José Corbalán Marín, M.ª José Cánovas Gómez, M.ª Angeles Maldonado Pérez-Castejón y Miguel Martínez López

Laboratorio de Salud Pública y C. de Salud de Totana

Apdo. de Correos n.º 129. 30850 Totana (Murcia). Telf. 42 16 11

Resumen

Se ha pretendido conocer el estado sanitario de los bares de la ciudad, en base a los dos aspectos: calidad microbiológica de los alimentos que preparan y sirven y su exposición y conservación.

Los gérmenes investigados han sido, aerobios mesófilos, enterobacterias, *E. coli*, salmonella, *S. aureus* y *C. perfringens*.

Los alimentos muestreados se han dividido en dos grupos, los que se elaboran con mayonesa (Grupo 1) y los que no y, además, en el proceso de cocinado incluyen tratamiento térmico (Grupo 2).

El total de muestras procesadas ha sido de 85 (31 y 54).

Las muestras han sido tomadas en 43 bares durante los meses de noviembre y diciembre de 1991.

Los resultados obtenidos suponen valores que exceden a los tolerados por la legislación aplicable para aerobios mesófilos (30'59%), enterobacterias (31'76%), *E. coli* (1'18%), *S. aureus* (3'53%) y *C. perfringens* (2'35%).

Es destacable el alto número de muestras no aptas del Grupo 1 (77'42%), siendo comparativamente menor en el Grupo 2 (22'22%). Globalmente este valor es elevado (42'35%).

Se han detectado actitudes incorrectas en la presentación de estos platos al público en la casi totalidad de los locales muestreados, que favorecen su deterioro.

Deben adoptarse medidas correctoras de la calidad de estos alimentos, para preservar la Salud Pública de los consumidores. Asimismo, han de eliminarse los factores contribuyentes.

Estudio comparativo de Salud Bucodental en tres colegios de la Región de Murcia. (Urbano, periurbano y rural). Período 89-90

Enfermería / Epidemiología / Salud Bucodental

Diego Gutiérrez Gambín, M. José Torralba Madrid, A. Luis Abad Navarro, Presentación García Martínez, Eduardo López García y Antonio Rodríguez Lozano

E.U.E. "Virgen de la Arrixaca"
E.U.E. de la Comunidad Autónoma (Cartagena)

C/. Malecón, 12. 30150 Santo Angel - Murcia. Telf. 84 20 39

Resumen

Las enfermedades bucodentales, y en especial las caries, son uno de los problemas de mayor incidencia de la población escolar de los países desarrollados. En España, del 80% al 90% de los niños tienen caries.

Con el presente trabajo ofrecemos un estudio comparativo entre tres colegios pertenecientes a distintas categorías poblacionales (urbano, periurbano y rural) de la Región de Murcia.

El objetivo global de este trabajo fue observar si existían diferencias significativas entre los diferentes colegios clasificados, entre los diferentes cursos (1.º, 5.º y 8.º) y entre sexos, así como determinar la prevalencia de caries, índice C.A.O.D., índice C.O. e índice de restauración de los escolares objeto del estudio.

Los datos de nuestro estudio fueron recogidos de las revisiones escolares realizadas por un profesional del centro de salud MU-El Carmen (Goya) entrenado a tal efecto en los centros de E.G.B. del Carmen (urbano), de Barriomar (periurbano) y de Aljucer (rural).

A modo de conclusiones hemos obtenido que:

1. La prevalencia de caries en los escolares es moderadamente alta.
2. El índice C.A.O.D. obtenido es inferior al recomendado por la OMS para el año 2000.
3. En el sexo femenino se observa un porcentaje de caries, un índice de C.A.O.D., y un índice de restauración mayor que en el sexo masculino.
4. El porcentaje de escolares con caries, el índice C.A.O.D. y el índice de restauración aumentan progresivamente con la edad.
5. En el colegio rural (de Aljucer) se detecta el mayor porcentaje de caries e índice C.A.O.D., y el menor índice de restauración.
6. La asistencia estomatológica recibida por los escolares, medida mediante el índice de restauración, es significativamente baja.

Consumo de alcohol en escolares de 7.º de E.G.B. Resultados preliminares

Alcoholismo / Alcoholismo juvenil / Escuela

José Cruzado Quevedo, Pedro Alcántara Muñoz, Fuensanta Bravo Vicente, Luz Virtudes Marín Rives, Francisco A. Martínez García y Manuela Gea Navarro

Centro de Salud de Molina de Segura

Avda. de Levante, s/n. 30500 Molina de Segura. Murcia. Telf. 61 05 45

Resumen

Diferentes estudios reconocen el alcohol como la droga más consumida entre jóvenes.

Nuestro objetivo es conocer la prevalencia, hábitos de consumo y creencias sobre el alcohol en escolares de 7.º E.G.B.

Para ello encuestamos a 534 alumnos y utilizamos como medida de fiabilidad en las respuestas el cuestionario de Eysenck y Eysenck (EPI tipo A), rechazando las encuestas que no superaron el nivel cuatro de la escala de sinceridad del test. Posteriormente recogimos los datos utilizando el cuestionario elaborado por Torres que estudia sexo, edad, años de estudio, actividades remuneradas o no, hábitos de consumo, actitudes y creencias hacia el alcohol. El estudio estadístico fue descriptivo.

De 534 encuestas, analizamos 478 que superaron el nivel cuatro de la escala de sinceridad. Destacamos que 83'3% probaron el alcohol alguna vez, 2'5% consumen diariamente, 14'2% iniciaron el consumo antes de los 10 años y 19'5% se embriagaron alguna vez, siendo las bebidas preferidas sidra y cerveza.

El 91'6% cree que el alcohol perjudica la salud, 83'7% el estudio y 94'1% el deporte. El 10'7% piensa que no crea dependencia.

Resaltamos la alta prevalencia de consumo de alcohol en jóvenes y la temprana edad de inicio.

Enfatizamos la necesidad de Educación para la Salud en escolares.

Análisis de distintas fuentes de datos disponibles sobre recién nacidos en la Región de Murcia

Fuentes de datos

M.I. Espín Ríos, M.T. Ramón Esparza, L. Hernando Arizaleta y L. Fernández Sáez

Consejería de Sanidad. Sección Salud Infantil

C/. Ronda Levante, 11. 30008 Murcia. Telf. 36 20 00

Resumen

Se pretende comprobar la cobertura de niños registrados en la base de datos del Programa Informatizado de Vacunaciones de la Región de Murcia respecto a otras bases de datos disponibles y comparar los resultados obtenidos con otro estudio similar precedente, realizado en 1989.

Las bases de datos analizados son:

- Programa Informatizado de Vacunaciones (VAC).
- Programa de Detección Precoz de Metabolopatías (CBC).
- Centro Regional de Estadística (CRE).
- Registro Civil de Murcia (RCM).

Se estudia una muestra de niños nacidos entre los días 10 y 20 de mayo de 1991, de ambos sexos y residentes en la Región de Murcia. Los datos han sido cruzados mediante el programa Dbase III Plus. La comparación entre fuentes se ha realizado mediante pruebas Ji-Cuadrado.

La base de datos VAC muestra una mayor cobertura (97%) que CBC (90'1%). Entre VAC y CRE no se observan diferencias significativas. El 93% de niños registrados en VAC procede de CBC. La cobertura de VAC respecto al total de niños registrados al completar todas las fuentes es del 97%. La cobertura de VAC respecto a CBC en el año 1989 es mayor significativamente ($p< 0'001$); no se observan diferencias significativas entre VAC y CRE en el año 1989.

De entre las conclusiones obtenidas cabe destacar:

1. La base de datos del Programa Informatizado de Vacunaciones registra al 97% de niños de la Región y está constituida por datos procedentes del Programa de Detección Precoz de Metabolopatías, Registros Civiles de Cartagena y Murcia y Tarjetas de Alta del Programa Informatizado de Vacunaciones.
2. La captación activa de niños no registrados en el Programa de Vacunaciones, por parte de profesionales de Atención Primaria podría proporcionar una cobertura del Programa de prácticamente el 100%.

La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación

Programa / Demanda / Atención Primaria

José Saura Llamas, Antonio Navarro Martínez, José María Serna García, Luisa Pilar León Martínez, Purificación Gómez Jara y Cecilia Guillén Montiel

Centro de Salud Barrio del Carmen

Avda. Perea, Edif. Floridablanca II, 2.º portal - 3.ª esc. 2.º-C
30002 Murcia. Telf. 26 25 84

Objetivos

Analizar si la consulta programada, en un colectivo de pacientes incluidos en el subprograma de hipertensión arterial (HTA), es capaz de reducir el número de consultas a demanda originadas por los mismos. Además se valora si estos pacientes hacen más consultas a demanda que los no incluidos en ningún subprograma.

Métodos

Se consideran las variables: edad, sexo, consultas a demanda un año antes de ser incorporados al subprograma, consultas a demanda y programadas en 1987 y 1989. El estudio estadístico se basa en la prueba de la "t" para el contraste de medias independientes.

Resultados

Tras la revisión de 888 historias clínicas, no se aprecian diferencias estadísticas entre el número de consultas a demanda realizadas por los pacientes incluidos en el subprograma de HTA, un año antes de su inclusión, en 1987 y 1989. Sin embargo, las consultas programadas aumentan entre 1987 y 1989 ($p < 0'005$).

Los individuos incluidos en el subprograma de HTA consultan más, a demanda, que los no incorporados a ningún subprograma ($p < 0'001$).

Conclusiones

La consulta programada no es capaz de reducir la demanda originada por un colectivo de pacientes incorporados a un subprograma de HTA. El hecho de aumentar el número de consultas programadas, tampoco se traduce en una disminución del número de consultas espontáneas.

Auditoría y estudio de un Protocolo de Curas en una consulta de enfermería a demanda

Auditoría de Protocolo de Curas

Gregorio Nieto Martínez, Paloma Calduch Antolínez, María José Abujas Ruiz y Purificación Ballester Hernández

Centro de Salud "Cartagena Casco Antiguo"

C/. Monte Almanzor, 42. Nueva Cartagena. 30310 Cartagena. Telf. 51 34 73

Resumen

Con este trabajo evaluamos la calidad de la atención de Enfermería prestada a todos los usuarios de nuestro Centro, que durante un año pasaron por la consulta de Enfermería a demanda para que se les practicara algún tipo de cura. Hemos basado esta auditoría en el grado de cumplimentación de diversas variables (procedencia, tipo de lesión, características actuales, etiología, tratamiento anterior, tratamiento actual, periodicidad de la cura, cambio de tratamiento, motivo de los cambios de tratamiento y firma) que se incluyen en la hoja de evolución de cuidados de Enfermería de un Protocolo elaborado y consensuado por los profesionales enfermeros de dicho Centro, con la finalidad de mejorar la atención al paciente y corregir los fallos detectados en la primera auditoría al protocolo inicial. Obteniendo como resultado que el déficit de cumplimentación que se observó en la primera auditoría, ha sido subsanado casi al 100%, después de poner en marcha un nuevo Protocolo con las medidas correctoras a los problemas detectados.

COMUNICACIONES EN PANEL

N.º 1. Consumo de alcohol y factores de riesgo cardiovascular en una población laboral.

N.º 2. Gerontología y prescripción de fármacos en Geriatría en Atención Primaria en la Región de Murcia.

N.º 3. Infección urinaria: Etiología y sensibilidad antibiótica.

N.º 4. Profilaxis verruga plantar.

N.º 5. Estudio de la morbilidad atendida en un centro de salud.

N.º 6. Estudio de las urgencias hospitalarias en la Zona de Salud de Torre Pacheco.

N.º 7. Estudio de la motivación laboral en un equipo de Atención Primaria.

N.º 8. Incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria.

N.º 9. Aproximación al estado nutritivo mediante encuesta alimentaria en la Zona de Salud.

N.º 10. Eficacia del protocolo del lactante en la alimentación infantil.

N.º 11. Alimentación láctea durante el primer año de la vida de 1986 a 1990 en nuestra Zona de Salud.

N.º 12. Accidentes infantiles: incidencia en nuestro medio.

N.º 13. Estudio comparativo de natalidad Murcia-España 1975-86.

N.º 14. Estudio descriptivo de una encuesta a diabéticos sobre variables sociofamiliares.

N.º 15. Control de la calidad del aire.

N.º 16. Necesidades sentidas básicas de formación en el E.A.P. para la atención a problemas sexuales.

N.º 17. Análisis de las bajas laborales extendidas durante 1990 desde un consultorio médico municipal.

N.º 18. Aproximación a la realidad actual de los servicios médicos de empresa en la Región de Murcia.

Consumo de alcohol y factores de riesgo cardiovascular en una población laboral

Alcohol / Hipertensión arterial / Colesterol

Serafín Balanza Galindo

Instituto Social de la Marina (S. Sanidad Marítima)

Casa del Mar. Paseo Alfonso XII, s/n. 30202 Cartagena. Telf. 50 20 50

Resumen

El objetivo del estudio es identificar en una población laboral marítima pesquera los factores de riesgo cardiovascular y la influencia que sobre ellos pueda ejercer el consumo de alcohol. La muestra la componen 485 varones, de profesión pescador, en la Región de Murcia, entre 20 y 59 años, edad media 39'2 ± 12'2.

El consumo de alcohol se ha determinado en gramos por día laborable, resultando abstemios (22%), bajos 1-40 grs. (22'5%), moderados 41-80 grs. (32'6%) y excesivos >80 grs. (22'9%).

Los valores medios de Colesterol Total y HDL aumentan con el consumo de alcohol, $p<0'01$. El 41'2% de la muestra presentan Colesterol ≥ 240 mgrs.%, siendo los grupos moderados y excesivos, el 46'8%, los de mayor frecuencia, $p<0'05$. Sólo el 4'3% tienen HDL Colesterol <35 mgrs.%. La Trigliceridemia aumenta con el consumo, pero solamente existe diferencia significativa en los valores medios de bebedores excesivos frente al resto de los grupos, $p<0'01$. El número de fumadores aumenta con el consumo de alcohol, variando desde 55'1% de abstemios fumadores hasta el 89'2% de los bebedores excesivos, $p<0'001$. La prevalencia de Hipertensión Arterial es 24'7%, siendo los grupos bebedores excesivos y abstemios, 35'1% y 21'5%, respectivamente, los más frecuentes. Sólo existe diferencia en los valores medios de Presión Arterial Sistólica y Diastólica, $p<0'01$, del grupo de bebedores excesivos frente al resto.

Gerontología y prescripción de fármacos en Geriatría en Atención Primaria en la Región de Murcia

Gerontología / Medicamentos / Murcia

Juan Martínez Hernández, Alejandro Mena Checa, Alfonso Sánchez Hermosilla y José Carlos Vicente López

C.S. San Pedro del Pinatar, Consultorio de Casillas, Consultorio de Pozo Estrecho, C.S. Cartagena Centro

Miguel de Unamuno, 9. 30740 San Pedro del Pinatar (Murcia). Telf. 18 17 10

Resumen

En nuestro trabajo describimos dos aspectos: 1) características gerontológicas, entendiendo como tales aquellas situaciones en las que vive la población geriátrica y que condicionan su demanda al profesional sanitario; y 2) la prescripción farmacológica crónica más frecuente a dicho colectivo.

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de ambos. El material empleado es una encuesta personalizada a un total de 1.000 pacientes de edad mayor o igual a 65 años en ocho zonas geográficas de la Comunidad Murciana seleccionando 125 pacientes por zona, encuestando al último de cada cinco según el orden de entrada a consulta. La encuesta recoge cinco características gerontológicas (residencia, accesibilidad al consultorio, estado funcional, etc.) y 48 prescripciones terapéuticas usuales.

Obtenemos un predominio del sexo femenino, la edad media de la muestra es 73'4 años. Resultados gerontológicos: el 87'1% reside con su familia; se consideran autónomos el 68'9%; acceden al centro de salud por sus propios medios el 81'3%; situación socio-laboral aceptada en un 73'8% y aceptación de la senectud en un 81'5%. Prescripción sanitaria: la media de prescripción por paciente es 3'07, resultando en orden decreciente: analgésicos no narcóticos, antihipertensivos y cardiológicos los más frecuentes. Concluimos: todos los ancianos toman medicamentos, debemos mantener el vínculo familiar y procurar la *máxima autonomía del anciano.*

Infección urinaria: Etiología y sensibilidad antibiótica

Infección urinaria / Tratamiento

Alfonso Pérez Martínez, Ascensión López Paredes, José Herrera Ortega y Josefa León Villar

Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca

C/. Escuelas, 1 - 1.º-Dcha. 30560 Alguazas (Murcia). Telf. 62 16 61

Resumen

La infección urinaria es la más frecuente adquirida dentro del hospital y la segunda en el campo ambulatorio; debido a esto, hemos realizado un estudio retrospectivo de los urocultivos solicitados a nuestro servicio, para establecer su frecuencia en nuestra zona así como las bacterias responsables, y su sensibilidad a los antibióticos.

Un total de 2.620 muestras de orina han sido procesadas, sembrando 10 microlitros en placas de CLED y agar McConkey, e incubándolas a 37 °C durante 18 horas. Se hace el recuento de colonias por mililitro. Tras la identificación bioquímica del germen, se hace el antibiograma por el método de difusión disco-placa, en medio de Mueller-Hinton, con los siguientes antibióticos: ampicilina, amikacina, cefalosporinas 1.ª generación, cefotaxima, cefuroxima, gentamicinha, ác. pipemídico, norfloxacina, aztreonam, cotrimoxacol y nitrofurantoina.

Los microorganismos aislados por orden de frecuencia, tanto en hospital como ambulatorio, fueron, en porcentajes: E. Coli (44'6/44'5), Proteus spp (21'2/16'8). Staphylococcus spp (6'38/4'95), Klebsiella spp. (4'26/4'95) y Pseudomonas spp (sólo en ambulatorio, 3'96).

Hay un aumento marcado de resistencias frente a ampicilina y cotrimoxazol representando un 60'1% y 50%, respectivamente.

En conclusión, nunca elegiremos como tratamiento empírico ampicilina o cotrimoxazol.

Profilaxis verruga plantar

Profilaxis verruga plantar / Educación para la Salud

Pedro José Rivera Plaza y Francisco Díaz Urán

Consulta Particular

Jerónimo Yáñez Alcalá, 1 - 7.º-A. 30003 Murcia. Telf. 21 17 98

Propósitos

Contribuir a la comprensión de la afección, desarrollar mecanismos de prevención y pautas de conducta en las personas, así como acondicionar su hábitat.

Demostrar la existencia de grupos de alto riesgo

Material y método

Población, 500 pacientes que sufrieron la enfermedad; registrándose sexo, edad, fecha de los primeros síntomas, calzado, estado de la piel, hábitos, etc.

Resultados

a) La incidencia del sexo equivalente a ambos. b) El porcentaje de contagio más alto se da entre los 10 y 29 años. c) Hiperhidrosis presente en el 60% de enfermos. d) Primavera, verano, estaciones de mayor contagio. e) La utilización común de duchas y vestuarios en trabajo e instalaciones deportivas, más la utilización permanente de "calzado deportivo", son las causas de mayor contagio.

Conclusiones

- Para el anidamiento del virus se necesitan factores predisponentes.
- La población de mayor riesgo tiene entre 10 y 39 años, utiliza descalzo superficies húmedas que comparte con otras personas (duchas, piscinas, etc.).
- Falta prevención sanitaria.
- Se deben establecer pautas profilácticas; cursos de educación sanitaria dirigidos especialmente a los grupos de mayor riesgo.

Estudio de la morbilidad atendida en un Centro de Salud

Morbidity / Diagnosis / Healt Planning

Rosa M.ª García Rodríguez, Magdalena Gascón García, Felipe Ferré Larrosa, Jaime Lloret Solano, Ana M.ª Martínez Belchí y Josefa Brotóns Román

Centro de Salud de Torre Pacheco

C/. Bullas, 10. 30740 San Pedro del Pinatar (Murcia). Telf. 18 50 55

Resumen

En el año 1990 se realizó el diagnóstico de salud de nuestra zona. Se presentan en este trabajo los resultados de la morbilidad atendida en la consulta.

Se analizan los motivos de consulta, clasificados según código de la WONCA, la asistencia por grupos de edad y sexo, el tipo de consulta, las interconsultas con otros especialistas y la petición de exploraciones complementarias. Se realizó un muestreo triplemente estratificado por médico, semana y estación del año recogido en la Hoja de Movimiento diario de consulta.

De los 26.060 casos obtenidos durante 1 año realizamos un muestreo sistemático de uno de cada diez casos, que tiene por objeto reducir el número de la muestra sin alterar la estratificación inicial de los tres criterios.

El motivo más frecuente de consulta son "Enfermedades del aparato respiratorio" con un 20'99% del total de consultas, seguido de "enfermedades de aparato locomotor". Acuden más mujeres que hombres a consulta, excepto en el grupo de edad 1-7 años.

El 68'27% de las consultas son médicas, o sea, más de dos tercios del total de consultas. Sólo se realizan exploraciones complementarias en un 5'14% del total de consultas y se derivan o interconsultan un 3'22%.

El estudio nos permite conocer la morbilidad de la zona para realizar intervenciones acordes con las circunstancias reales de nuestro lugar de trabajo.

Estudio de las urgencias hospitalarias en la Zona de Salud de Torre Pacheco

Estudio Urgencias Hospitalarias

Ginés Guerrero García, Juan E. Pereñíguez Barranco, Ana Martínez Belchí, Catalina Iniesta, Magdalena Gascón García y Pedro Ureña Adrover

Centro de Salud de Torre Pacheco

C/. Aniceto León, 7. 30700 Torre Pacheco (Murcia). Telf. 57 72 01

Resumen

El objetivo del estudio es completar la visión que sobre morbilidad atendida aportan las urgencias hospitalarias remitidas al hospital de referencia. Los Arcos recibió un total de 28.439 urgencias durante el año del estudio, de las cuales 3.700 pertenecen a la Zona de Salud de Torre Pacheco.

Para su estudio se calculó una muestra con una precisión del 1'01% y un nivel de confianza del 99'9, siendo la selección de 403 pacientes, que se extrajeron de la muestra total mediante un método estratificado, eligiendo uno de cada cinco, según aparecían en la hoja de admisión.

Los datos del estudio se obtuvieron de la hoja de admisión de urgencias hospitalarias.

En términos absolutos existe una mayor frecuentación del sexo femenino y la procedencia sigue una proporción directa de mayor a menor según el n.º de habitantes de los núcleos cabecera. La mayor demanda de urgencias se centra en el turno de mañanas debido a la presencia de los médicos de Atención Primaria y los especialistas de Zona. Las consultas más frecuentes se relacionan con la patología traumática, siendo el parto la causa más frecuente de ingreso.

Estudio de la motivación laboral en un equipo de Atención Primaria

Motivation / Behavior / Personality

Antonio Jesús Torres Sánchez

Centro de Salud de Torre Pacheco

Angel Bruna, 35 - 2.º -B. 30203 Cartagena. Telf. 11 14 67

Resumen

El objetivo básico es intentar delimitar, el perfil motivacional y su estructura diferencial de cada uno de los estamentos profesionales de un Equipo de Atención Primaria. Para ello se aplica a los componentes del equipo, la Escala de Motivaciones Psicosiciales (M.P.S.). Los individuos se distribuyen en tres grupos, grupo 1: administrativos, grupo 2: diplomados (D.U.E., Matrona, T. Social), grupo 3: médicos.

Operativizándose la motivación en seis factores: aceptación e integración social, reconocimiento social, autoestima/autoconcepto, poder y seguridad. Y cada factor constituido por los siguientes componentes de medida: activación, expectativa, ejecución, incentivo, satisfacción. Los datos y resultados, permiten evidenciar, una estructura motivacional cuantitativamente distinta para cada grupo. Así el nivel promedio de activación más elevado correspondería a los administrativos, y el puntual más elevado a los médicos, y el promedio de ejecución también. El nivel de expectativas de todos, es satisfactorio, coincidiendo todos, en asignar un alto valor (entre otros) a los incentivos provenientes del autoconcepto/autoestima. Estando además, en general satisfechas el nivel de aspiraciones conseguidas.

Sería de interés replicar este tipo de estudios, para un mayor conocimiento de las causas individuales y colectivas del éxito/fracaso de los equipos. Y como instrumento para una más eficaz política de incentivos.

Incorporación de la Fisioterapia en Atención Primaria

Fisioterapia / Atención Primaria

Francisco Medina Mirapeix, Magdalena G. Gascón García, Josefa Brotóns Román

C. Salud

Doctor Serrano, 1. Barrio de Peral. Cartagena. Telf. 51 11 30

Resumen

El objetivo del trabajo es exponer las posibilidades de la fisioterapia en Asistencia Primaria a propósito del funcionamiento de una unidad en nuestro Centro de Salud.

Es un estudio descriptivo-retrospectivo. Se realizó en la unidad de fisioterapia de un Centro de Salud de la Región de Murcia.

Durante seis meses se trataron 151 enfermos. Los resultados se refieren a 136.

Criterios de exclusión:

1.º Abandono del tratamiento antes del 50% de las sesiones.

2.º Derivaciones a otros especialistas y pérdida de casos.

El n.º de abandonos fue de 7.

Entre los principales resultados encontramos que las mujeres frecuentan más que los hombres. Entre 11-30 años están el 30% de los pacientes.

Las patologías más atendidas son las enfermedades del tejido conectivo/músculo-esquelético (62'5%), heridas y efectos adversos (16'17%).

Desde el Centro de Salud se deriva el 86'02%. El n.º medio sesiones/enfermo es de 12'11 y la media de días de tratamiento de 36'73.

El n.º de abandonos es de 5'14% y las recidivas de 1'47%.

Creemos que la fisioterapia en Atención Primaria es adecuada porque es asequible, accesible y analizando los resultados la encontramos eficaz y efectiva. Al tratar la patología y corregir estados premórbidos mejora la calidad de vida de la población.

Aproximación al estado nutritivo mediante encuesta alimentaria en la Zona de Salud

Encuesta alimentaria / Salud

Ana Martínez Belchí, Josefa Brotóns Román, Magdalena Gascón García, Catalina Iniesta Bernal, M.ª José Gómez González y Ginés Guerrero Sánchez

Centro de Salud Torre Pacheco (Murcia)

Poeta Vicente Medina, 45 1.º-A. 30120 El Palmar (Murcia). Telf. 84 52 50

Resumen

Dentro del Diagnóstico de Salud de nuestra Zona realizamos un estudio de hábitos y actitudes en nutrición, para modificar los que resulten negativos a través de la educación sanitaria.

Realizamos un estudio descriptivo con distribución aleatoria en una encuesta validada, basado en una muestra de la población censada en nuestra zona de ambos sexos y a partir de un año.

Necesitábamos 600 encuestas al considerar un error del 4% y un nivel de confianza del 95%. El 82'7% consumían 1 ó más veces al día lácteos. El 66'3% tomaban 1 ó 3 veces/sem. carnes, huevos, pescado. De 1 a 3 veces/sem. se consumieron legumbres, patatas, frutos secos en un 74'8%, el pan, arroz y pastas en un 95'8%, galletas, dulces, chocolates en el 77'7%. Se ingerían grasas 1 ó 3 veces/sem. por el 71'2%. Se consumían verduras y hortalizas 4 a 6 veces/sem. el 44'2% tomaban frutas el 89'4% 1 ó más veces al día. El 73'4% comían fuera de casa de 4 a 6 veces/sem. Un 2'8% de los niños tomaban bebidas alcohólicas, el 66'3% lo hacían habitualmente.

Creemos importante incidir en la educación sanitaria respecto a una dieta equilibrada; prestando especial atención al hábito enólico de los niños.

Eficacia del protocolo del lactante en la alimentación infantil

Alimentación del lactante / Programa del niño sano

A. Abellán Ripoll, M. Alcaraz Quiñonero, A. Bleda Ortiz, L. González-Mora Prats, A. Morcillo Caballero y J. Saura Sánchez-Parra

Centro de Salud de Jumilla. H. Comarcal de Yecla

Avda. de la Feria, s/n. 30510 Yecla. Telf. 79 20 12

Introducción

Hemos querido conocer el impacto del Programa del Lactante y el Preescolar sobre los hábitos alimentarios de los lactantes en nuestra Zona de Salud.

Material y método

Seleccionamos una muestra al azar de 200 niños (edad entre 12-36 meses). La mitad sólo habían consultado a demanda (Grupo I), mientras que la otra mitad siguieron el Programa del Lactante y el Preescolar (Grupo II). Se pasó a las madres una encuesta anónima sobre items alimentarios (duración de lactancia materna, introducción de derivados lácteos y leche de vaca entera).

Resultados

El 95% de las madres iniciaron lactancia materna (sin diferencias en ambos grupos). En el Grupo I se mantuvo 2'89 meses (DS 2'27) y en el Grupo II 2'27 meses (DS 2'55), siendo significativa la diferencia ($p < 0'05$). La introducción de derivados lácteos no mostró diferencias significativas (media 7'38 meses, DS 2'11). El Grupo I introduce leche de vaca entera a los 9'84 meses (DS 2'72) y el Grupo II a los 11'26 (DS 2'18), diferencia que fue significativa ($p < 0'001$).

Discusión

Creemos necesario el desarrollo de un subprograma específico de apoyo a la lactancia materna con visitas domiciliarias precoces (en la primera semana de vida) con dedicación especial a aquellas madres que se muestren inseguras).

Alimentación láctea durante el primer año de la vida, de 1986 a 1990, en nuestra Zona de Salud

Tendencias en lactancia / Amamantamiento

Juan Fco. Soriano Ibarra, María Asensio Pérez, Francisco Pérez Navarro, Marcos Sánchez Naveros, Raimunda Moreno Pereira y Antonio Alcolea Illán

Centro de Salud de Aguilas (Murcia)

C/. Terrer Leones, 8 - 2.º-Izqda.

Resumen

Con el objetivo de valorar la situación de la alimentación láctea en niños menores de un año en nuestra Zona de Salud, el personal de Pediatría de nuestro E.A.P. ha revisado 1.561 historias clínicas de niños nacidos entre el 1-1-86 y el 31-12-90, obteniendo los datos siguientes. El 80'17% de las madres inician lactancia materna (LM), continuando al primer mes el 53'54%, a los tres meses el 24'62% y a los cinco meses el 12'70%. La duración media de la lactancia es de 51'9 días. El grupo de madres menores de veinte años (17'9% en el año 90) inicia LM en sólo un 74%, con una duración media de 40'03 días. La introducción de lactancia artificial con leche adaptada es cada vez más temprana, haciendo que aumenten a lo largo de los años el número de lactancias mixtas y el abandono precoz de la LM. Se hace notar el desconocimiento e ignorancia de las madres, pues del 50 al 60% de los abandonos de LM se deben a falta de formación y apoyo. La introducción de la leche de vaca se ha retrasado de forma objetiva durante los años estudiados, tomándola un 8% antes del sexto mes y un 29'3% antes del noveno mes en el año 90. La introducción de alimentación complementaria antes del tercer mes es menor del 2% y del 89% al cuarto mes.

Accidentes infantiles. Incidencia en nuestro medio

Accidentes infantiles

José María Ojeda Escuriet, Antonio Masiá Samper, Carmen Soler Morales, Rosario Huertas Sánchez, Ana Isabel Villafañe y Juan Martínez Hernández

Centro de Salud San Pedro del Pinatar. Murcia

Miguel de Unamuno, 9. 30740 San Pedro del Pinatar (Murcia). Telf. 18 17 10

Resumen

Debido a que los accidentes infantiles ocupan uno de los primeros lugares como causantes de morbi-mortalidad infantil hemos considerado imprescindible conocer la incidencia de este problema en nuestro medio, sus causas y su distribución según edades. Realizamos un estudio prospectivo utilizando el procedimiento de encuesta a los padres de niños accidentados hasta la edad de siete años durante 1991.

De los mil doscientos niños de 0 a 7 años atendidos por el Centro de Salud, se han registrado 96 accidentes (8%), ocupando el sexto lugar en la prevalencia de patología infantil. El 59% son niños y el 40'7% niñas. Predominan el nivel sociocultural y sanitario medio-bajo de los padres. El 68'7% de los accidentes son domésticos predominando entre éstos los ocurridos en la calle. La principal causa de accidentes son las caídas seguido de quemaduras.

La mayor fuente de accidentes son los propios hogares. Son necesarias campañas sistemáticas de educación sanitaria ya que los riesgos de las distintas etapas del desarrollo infantil hacen que sea distinta nuestra actuación en cada momento.

Estudio comparativo de natalidad Murcia-España. 1975-86

Natalidad / Fecundidad

Amaya Quijano Villaizan, José Eduardo Calle Urra, José Antonio Navarro Alonso, Carmelo Gómez Nieto, Teresa Ramón Esparza y Lauro Hernando Arizaleta

E.A.P. Cieza. Consejería de Sanidad. Murcia

San José, 15 A - 4.º piso. 30003 Murcia. Telf. 76 01 25

Resumen

Se ha realizado un estudio de natalidad comparativo Murcia-España abarcando el período 1975-86.

Se han elaborado tres indicadores: tasas de natalidad, tasas de fecundidad (global, global estandarizada y específicas) y porcentaje de nacimientos por grupos de edades sobre el total de recién nacidos.

En nuestro estudio hemos hallado que durante el período mencionado, las tasas calculadas son superiores en todos los años en Murcia con respecto a España.

Murcia presenta para el global 1980-86 un mayor porcentaje en embarazo juvenil y en mujeres añosas.

La disminución de las tasas de fecundidad (razón de tasas entre el primero y el último año) a lo largo de los años, es mayor para España en el caso de la tasa global, así como en la de 20 a 39 años y mujeres añosas, sin embargo, la tasa de embarazo juvenil ha disminuido de forma más rápida en Murcia, lo cual es beneficioso.

Estudio descriptivo de una encuesta a diabéticos sobre variables sociofamiliares

Diabetes / Encuesta / Sociofamiliar

J.A. Vargas Giménez, R. Cobo González, N. Antolín Bravo, M. Tur Torres, P. Conesa Madrid y P. Nieto Alcaraz

Centro de Salud de San Antón. Cartagena

C/. Recoletos, 96. San Antón (Cartagena). Telf. 51 75 72

Resumen

La Diabetes es la enfermedad metabólica más frecuente. Perfectamente abordable desde la Atención Primaria; en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Su buen control evita la aparición de secuelas que incrementan los gastos sociales y deterioran la calidad de vida. Existen factores sociofamiliares y estilos de vida que condicionan la optimización de su buen control.

Realizamos una encuesta semidirigida a una población de 90 diabéticos seleccionados aleatoriamente de los incluidos en un subprograma. Con el objetivo de identificar las variables sociofamiliares y de hábitos que puedan incidir negativamente en su buen control. Observamos que: 1) Factores que influyen positivamente en su grado de buen control: la edad ($p < 0'01$), APGAR Familiar ($p < 0'05$), dieta ($p < 0'05$) y el nivel de estudios ($p < 0'01$).

2) No se aprecian diferencias en el resto de las variables: Estado Civil ($p > 0'05$), situación profesional ($p > 0'05$), actividad diaria ($p > 0'05$), sexo ($p > 0'05$), deporte ($p > 0'05$), tabaco ($p > 0'05$), alcohol ($p > 0'05$), presencia de otra enfermedad ($p > 0'05$), miembros de la familia ($p > 0'05$), metros cuadrados de vivienda ($p > 0'05$) e ingresos económicos ($p > 0'05$). Pensamos que un mayor grado de implicación del entorno del diabético podría mejorar sus controles. Dejamos para posteriores estudios profundizar en aquellos factores que estén a nuestro alcance incidir, educación grupal y familiar. Por Enfermería y el Trabajador Social.

Control de la calidad del aire

Calidad / Partículas en suspensión / Anhídrido sulfuroso

M.ª Elisa Gómez Campoy y M. Victoriano Hernández Martínez

Laboratorio Municipal

C/. San Benito, 4 - 3.º-B. Edif. Imperial. 30005 Murcia. Telf. 24 69 68

Resumen

El presente estudio trata por una parte de calificar la calidad del aire, en período anuales, desde abril de 1985 hasta marzo de 1991, y en zonas urbanas del Municipio. Y por otra parte, comparar los resultados obtenidos durante estos períodos entre sí, realizando para ello los tratamientos estadísticos correspondientes. Los parámetros objeto de estudio son: Partículas en suspensión y anhídrido sulfuroso y las técnicas de toma de muestra y determinaciones analíticas se realizan según la metodología oficial. Los captadores se han situado en tres puntos críticos de zonas urbanas y según criterios de selección. El tratamiento estadístico que se da consiste fundamentalmente en comparación de los resultados obtenidos, con los valores guía y límite establecidos con la normativa vigente, y posterior comprobación de los resultados entre sí. Entre las conclusiones más importantes, se puede decir que los valores guía para las particulas en suspensión se superan en los períodos 86-87, 87-88 y 90-91 y que sin embargo para el anhídrido sulfuroso están por debajo en todos los períodos considerados, y que sería conveniente que se adoptaran medidas tendentes a reducir la emisión a la atmósfera de contaminantes procedentes del tráfico rodado.

Necesidades sentidas básicas de formación en el E.A.P. para la atención a problemas sexuales

Formación / E.A.P. / Disfunciones sexuales

Carlos J. Van-Der Hofstadt Román, José G. Cano Montoro, Gloria Torrecilla López, Carmelo Baena Hernández y Julio Quiles Lloret

Centro de Salud de Orihuela. S.V.S.

C/. Cartagena, 65. Murcia. Telf. 25 71 10

Resumen

Nos planteamos conocer las necesidades sentidas de formación de los profesionales de E.A.P. en materia de sexualidad, para una adecuada atención a esta problemática.

Se elabora una encuesta incluyendo un cuestionario sobre mitos y falacias sexuales, distribuida a los E.A.P. del Area de Salud n.º 23, con una participación del 59'74%, distribuyéndose en función de categorías profesionales de la siguiente forma: Médicos Generales, 20 (66'66%); Pediatras, 5 (50%); Enfermería, 18 (58'44%), y Trabajadores Sociales, 2 (50%).

Los temas que se plantean como necesidades sentidas de formación, considerando aquellos que obtienen una puntuación igual o superior a 7 sobre los 10 puntos posibles son: Entrevista sexológica (8'51); Sexualidad y enfermedad crónica (7'62); Sexualidad y tercera edad (7'64); Sexualidad y minusvalías (8'28) y Educación sexual (8'41).

En relación al cuestionario de mitos y falacias, encontramos que el 19'94% del personal, da por válidas algunas afirmaciones relativas al mismo (M.G. 17'54%, Ped. 24'4%, Enf. 22'22% y T.S. 11'11%).

Los tres problemas que más frecuentemente se plantean en las consultas E.A.P., son los de información en general, excitación sexual masculina inhibida (impotencia) y dispareunia.

Análisis de las bajas laborales extendidas durante 1990 desde un Consultorio Médico Municipal

Estudio / Incapacidad laboral / Comunidad

Juan J. Pedreño Saura, Salomón Rivera Peñaranda, Lourdes Gaona Gómez, María D. Lirón Ruiz, Ana Ruiz Mira y Marisol Meroño Lucas

Centro de Salud de San Javier

C/. Los Marines, 11. 30594 Pozo Estrecho (Cartagena). Telf. 55 61 95

Resumen

La ILT (incapacidad laboral transitoria) es una situación médico-legal de elevada trascendencia socioeconómica, en la que el médico tiene una enorme responsabilidad porque puede influir en la racionalización de su uso.

Se estudian las ILT extendidas durante 1990 en un Consultorio Médico Municipal, a la población de dicho municipio.

Sobre 1.202 asegurados activos, se extendieron 255 bajas (21'21%) con una duración media de 53'25±93'82 días; 64'70% a hombres y 35'30% a mujeres. La mayor incidencia fue en el grupo de 21 a 30 años de forma estadísticamente muy significativa ($p < 0'001$).

Las enfermedades del aparato respiratorio causaron el mayor número de ILT (25'88%). Las enfermedades músculo-esqueléticas causaron el mayor número de jornadas laborales perdidas (4.355); y tuvieron una duración media, de forma estadísticamente muy significativa ($p < 0'001$), superior a la del resto de enfermedades.

La distribución de las ILT fue uniforme a lo largo del año.

El estudio ha servido para conocer, fácilmente, morbilidad no detectada por otras fuentes que, además, tiene un importante coste social.

Se concluye: Incidencia, distribución edad-sexo y duración de nuestras ILT similar a la referida en otros estudios; excepto para enfermedades músculo-esqueléticas (su número y duración fue muy superior a lo esperado).

Aproximacón a la realidad actual de los Servicios Médicos de Empresa en la Región de Murcia

Occupational Medicine / Occupational Health / Environmental

Francisco Martínez Miralles, Socorro Sánchez Rivas y M.ª Victoria Jerónimo Bustos

Dirección Territorial del INSALUD de Murcia

C/. Pinares, 6. 30001 Murcia. Telf. 22 03 45

Resumen

Con el objetivo de obtener el conocimiento real de la situación de los Servicios Médicos de Empresa en la Comunidad Autónoma de Murcia, se han visitado los 51 servicios que existen actualmente, cumplimentando un protocolo preestablecido. Posteriormente esta información se introdujo en un ordenador "Olivetti M300" y por último se realizó el tratamiento estadístico con el programa SPSS.

De los resultados obtenidos destacamos:

1. Los Servicios Médicos de Empresa en la Región de Murcia dan asistencia a 21.008 trabajadores, lo que supone una tasa de 7'8 por 100 empleamos.
2. Concentración de estos Servicios en los dos municipios más importantes, Murcia con 32 (62'2%) y Cartagena con 12 (13'9%).
3. El 41'17% de las empresas tenían menos de 152 trabajadores.
4. En los Servicios en los que la jornada del personal sanitario era completa, la documentación que poseía el Servicio obtenía una puntuación significativamente más alta, que en los Servicios con jornada parcial (en relación al médico con un grado de confianza de $P < 0'04$ y al ATS de $P < 0'02$).
5. De los 51 Servicios, 45 funcionan de forma autónoma y 6 están mancomunados (una mancomunidad de 4 empresas y otra de 2).

Edita: Servicio Murciano de Salud. Impreso en: Jiménez Godoy, S.A. I.S.B.N.: 84-87686-24-9. D.L.: MU-534/1992.

Edita:

servicio murciano de salud

Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Edita:

servicio murciano de salud

Región de Murcia
Consejería de Sanidad