



## EDITORIAL

### DIA MUNDIAL DE LA SALUD

**Lema: SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000. La cuenta atrás ha comenzado.**

El próximo 7 de abril se celebra, como todos los años, el Día Mundial de la Salud y este año su lema es: «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000. La cuenta atrás ha comenzado».

Para hacer realidad ese objetivo se precisa un verdadero cambio de actitud que enfoque la atención sanitaria hacia la salud, en lugar de hacerlo hacia la enfermedad como hasta ahora.

Ello requiere que los Gobiernos, Administraciones Sanitarias y población pongan en marcha una serie de acciones prioritarias tales como suministro de agua potable y evacuación de residuales a toda la población, vacunar a los niños frente a las enfermedades principales y atención primaria de salud con la participación de la comunidad.

Por todo ello, vamos a insertar en nuestros boletines, parte del material que nos ha enviado la O.M.S. para su difusión, con el fin de que tengamos la información necesaria que favorezca el cambio de actitud.

## MENSAJE DEL DIRECTOR-GENERAL DE LA OMS PARA EL DIA MUNDIAL DE LA SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: LA CUENTA HACIA ATRAS HA COMENZADO

HALFDAN T. MAHLER

Sólo quedan 17 años hasta la fecha en que ha de alcanzarse la meta de salud para todos en el año 2000. Los Estados Miembros de la OMS se han comprometido a colaborar con objeto de que, para entonces, todas las personas hayan alcanzado, en todas partes, por lo menos un grado de salud que les permita desarrollar un trabajo productivo y participar activamente en la vida social de la comunidad en que viven.

Sin embargo, los Estados Miembros no están compuestos únicamente de gobiernos. A no dudarlo, los gobiernos tienen una responsabilidad por la salud de los individuos pero éstos tienen a su vez el derecho y el deber de participar activamente en la preservación de su propia salud y, en caso de enfermedad, de atenderse a sí mismos. Ese deber se extiende a sus familias, sus compañeros, sus colegas y sus vecinos.

¿A qué clase de personas me refiero? Me refiero a las pertenecientes a todos los estratos. Todas ellas pueden ser agentes en el cambio de las condiciones de salud. Son los ciudadanos ordinarios que se dedican cotidianamente a sus ocupaciones en aldeas y ciudades, que se agrupan en familias y comunidades y se asocian entre sí en todo

tipo de grupos sociales y políticos, instituciones docentes y de investigación, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, etc. Los auxiliares de salud también forman parte del conjunto, al igual que las personas que asumen responsabilidades en la comunidad, por ejemplo jefes sociales y religiosos, maestros, magistrados, agentes de la comunidad y asistentes sociales. Sin la participación abnegada de esas personas, la salud para todos seguirá siendo una perspectiva cada vez más lejana.

Ahora bien, para actuar debidamente, el individuo ha de comprender bien lo que es la salud, y es deber de todos los que ya lo saben el ayudar a los demás a comprenderlo. Ya ha quedado atrás el tiempo en que la acción de salud era prerrogativa de personas omniscientes que guardaban para sí mismas sus secretos profesionales y daban sólo un atisbo de ellos a pacientes ignorantes y pasivos que lo esperaban como una dádiva. El hacer comprender a todos lo que es la salud fue precisamente la razón de que se diera lugar destacado entre los elementos esenciales de la atención primaria a la labor educativa sobre los problemas corrientes de morbilidad y los métodos para preve-

nirlos y combatirlos.

¿Qué *puede* hacer la gente respecto a su propia salud? Para mencionar unos pocos ejemplos, pueden emprender una acción individual y colectiva que le asegure la disponibilidad de alimentos suficientes y del tipo adecuado; pueden actuar de consuno para aprovechar al máximo el agua de que se dispone o se puede disponer, protegiéndola contra la contaminación; pueden imponer normas aceptables de higiene en el hogar y alrededores, en mercados y tiendas, en escuelas, en fábricas en cantinas y restaurantes; pueden aprender la manera de espaciar las gestaciones regulando así el tamaño de su familia y dando a cada hijo una buena oportunidad de supervivencia, una educación razonable y una calidad de vida apropiada.

La mujer puede ayudar a sus congéneres y recabar de los auxiliares de salud el asesoramiento necesario sobre la manera de proceder durante el embarazo y el periodo de lactancia. Los padres pueden aprender la manera de criar a sus hijos de manera sana, atenderlos cuando padecen diarrea o infecciones respiratorias y hacerlos inmunizar contra las enfermedades infecciosas cuando el país y la comunidad cuentan con medios para dispensar vacunación. Puede además enseñarse a los padres la manera de reconocer trastornos graves que requieren la atención de personal de salud capacitado.

Las comunidades, con la ayuda y la orientación de sus auxiliares de salud, pueden emprender la lucha contra enfermedades como la malaria y otras parasitosis, por ejemplo organizando actividades de rociamiento con insecticidas y control de insectos y otros vectores, como son las ratas y ciertos moluscos. Los padres pueden conseguir que se administren a sus hijos medicamentos indispensables, como sería la cloroquina para prevenir y tratar la malaria, y que sus allegados de edad avanzada o impedidos reciban la atención que necesitan pero que no pueden conseguir por sus propios medios. Las comunidades pueden velar por que los escolares reciban la instrucción en primeros auxilios y en atención esencial de trastornos

leves. Pueden asimismo adoptar medidas, por los procedimientos políticos, sociales y administrativos del país, para que se les faciliten medicamentos esenciales a un costo que puedan sufragar.

He de advertir que lo que antecede no se refiere exclusivamente a los habitantes de países en desarrollo. Por el contrario, la población de países más prósperos, que en su mayoría ha tenido el privilegio de recibir una buena educación, debe asumir mayores responsabilidades en materia de salud; a tal efecto habrá de seguir una dieta adecuada, beber moderadamente, abstenerse de fumar, conducir vehículos con cautela, hacer ejercicio, aprender a vivir en medio de las tensiones de la vida urbana y ayudar a los demás en esos empeños.

Para la educación sanitaria son indispensables el interés y la comunicación. Esta última *puede* y *debe* no sólo indicar lo que se necesita para conservar la salud y lo que se debe hacer cuando empieza a declinar, sino que además *puede* y *debe* elevar las aspiraciones del individuo y de la comunidad hacia un mejor estado de salud. Una buena comunicación conducirá a un mayor interés y éste, a su vez, la mejorará.

Se necesita una corriente continua de comunicación, no sólo mediante mensajes escritos una vez al año con ocasión del Día Mundial de la Salud o en periódicos y revistas locales, nacionales e internacionales, sino también mediante charlas, debates, radio y televisión, historietas gráficas, representaciones, películas, canciones, etc. Esa comunicación ha de tener lugar en el seno de familia, escuelas, fábricas, colegios y universidades, grupos sociales y religiosos, sindicatos, partidos políticos y otras asociaciones adecuadas.

El mensaje apremiante que quisiera transmitir con ocasión del Día Mundial de la Salud es el siguiente: «Todas las personas tienen el poder de actuar en pro de la salud; el momento de hacerlo es ahora».

Ha comenzado la cuenta hacia atrás en el logro de la meta de salud para todos en el año 2000.

## La importancia de la comunicación en el sector salud

HORACE OGDEN

La mayoría de las decisiones básicas que afectan a nuestra salud no provienen de médicos, enfermeras ni dietistas, sino de individuos y familias. En realidad, la situación sanitaria de cualquier comunidad o país depende en gran parte de miles de decisiones que adoptan diariamente millones de pesetas.

Por lo general, la madre es quien decide qué clase de alimentos debe tomar la familia.

Los padres deciden si sus hijos deben o no ser vacunados.

El individuo decide *cómo* proteger su propia salud, *cuándo* recabar asistencia médica y dónde buscarla.

Aún después de que el médico u otro agente de salud ha examinado al paciente y recomendado la mejor atención, es el individuo quien decide *si debe o no* seguir las prescripciones y recomendaciones.

A menos que la mayor parte de esas decisiones sean acertadas, la meta mundial de salud para to-

dos en el año 2000 nunca podrá alcanzarse. Esto a su vez plantea un tremendo problema en la educación y la comunicación en materia de salud, ya que el individuo sólo se cuidará adecuadamente si posee conocimientos, capacidad, confianza y motivos para ello.

En consecuencia, la comunicación para una salud mejor se ha escogido este año como lema principal del Día Mundial de la Salud (7 de abril). Ahora bien, ello no se podrá conseguir en un día, ni siquiera en un decenio. Harán falta años de ingeniosidad y dedicación; sin embargo, tenemos muchos medios a nuestro alcance.

Anteriormente, en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo, la educación sanitaria se consideraba como algo limitado al personal de salud. A menudo recibía poca prioridad y se impartía de una manera fría y didáctica. Sin embargo, en los últimos años ese personal ha venido colaborando con muchas otras disciplinas y organizaciones en el seno de la sociedad, las escuelas,

los medios de información pública, los grupos comunitarios, etc.

Las escuelas públicas son un medio natural muy importante para la educación y comunicación sobre salud. La razón más patente de ello es que los hábitos perdurables se adquieren a una edad muy temprana. Se ha observado muchas veces que los niños responden al mensaje básico de que su modo de proceder influye en su bienestar y su estado de salud. Muchos países cuentan con excelentes programas de higiene escolar que fomentan esa responsabilidad en los jóvenes, desde los primeros años de vida. Evidentemente, los niños de hoy serán los adultos del año 2000, y tendrán a su vez hijos que se beneficiarán de nuestra promesa de salud para todos.

Pero también hay otras razones para establecer una colaboración de trabajo entre el personal de salud y los maestros. Los niños pueden ser educadores eficaces de sus propios padres. Cuando se interesan en una idea en la escuela, la llevan al hogar, hablan al respecto y estimulan a los padres a introducir cambios que quedarían fuera del control inmediato del niño.

Además, en muchos países los niños mayores tienen obligaciones muy importantes en lo que respecta al cuidado de sus hermanos pequeños. En ese caso, éstos pueden ser verdaderos «innovadores», con la ventaja adicional de que los niños son más abiertos al cambio en la manera de realizar las faenas corrientes que los adultos.

Otro entorno potencialmente útil, y lamentablemente, pocas veces utilizado para la educación y la comunicación sobre salud, es el lugar de trabajo. En efecto, muchos empleadores han observado que es muy ventajoso el fomentar de prácticas de higiene y seguridad entre sus empleados: reduce el absentismo por enfermedad y lesiones, refuerza el espíritu de cooperación y mejora la productividad.

Toda la comunidad tiene un modo de gobierno no estructurado; hay personas cuyo consejo se recaba y cuya opinión se sigue en diversos aspectos. El conseguir que esas personas participen en la comunicación y la educación sobre salud es importante por una razón muy específica: la aceptación de mensajes sobre salud u otras materias depende de la confianza que inspire la fuente.

No siempre es fácil para un extraño localizar esas personas; a veces ocupan puestos de autoridad reconocida, pero a menudo son simples miembros de la comunidad en cuyo buen juicio confía la gente. Para el educador/comunicador puede resultar útil formular preguntas como las siguientes: ¿A quién consultaría usted si su hijo estuviera enfermo? ¿Quiénes son las personas que verdaderamente consiguen que se haga algo en la comunidad?

Además, en la mayoría de las comunidades existen grupos de acción social y otras organizaciones con las que puede colaborar el educador. Por lo que respecta a salud, en particular, las agrupaciones femeninas son de especial importancia. Generalmente, las mujeres son las que toman las principales decisiones sobre salud en la familia; manifiestan gran interés al respecto y suelen tener

buenos motivos para aprender y para enseñar a sus congéneres mejores prácticas de salud. Son además una fuente básica de información que el grupo de salud debe conocer; ¿qué considera la *comunidad* como sus necesidades más apremiantes en cuanto a salud, y cómo pueden esas necesidades incorporarse al programa correspondiente? La labor de comunicación podría ser mucho más eficaz si se partiera como punto de arranque de las necesidades que percibe la comunidad.

Los grupos de jóvenes son otra fuente potencial de energía y entusiasmo para una mejor salud. En algunos países las agrupaciones deportivas han marcado la pauta. Los atletas poseen un interés natural en la salud y el estado físico. Además son conocidos en la comunidad, que a menudo se enorgullece de ellos, y gozan de popularidad y credibilidad, especialmente entre jóvenes y niños, para quienes constituyen un modelo.

Por último, los medios de información pública pueden tener un papel en el proceso de educación para una mejor salud. Los mensajes informativos, por eficaces que sean, no bastan para fomentar la salud. Sin embargo, se ha demostrado casi en todas partes que pueden hacer comprender un problema, resaltar su importancia y servir de estímulo para la acción comunitaria e individual.

Podrían citarse muchos ejemplos. En México se han incorporado mensajes sobre salud y cuestiones sociales a los programas recreativos, por ejemplo, a películas por episodios las cuales gozan de gran popularidad.

La comunicación a través de actividades recreativas podría, en realidad, ser el mejor medio para despertar el interés en los cambios deseados. Esto también se aplica a nivel local. Las obras de teatro, las marionetas y las canciones y danzas pueden a menudo educar más eficazmente que las charlas y los folletos.

En la mayoría de los países en desarrollo, la radio es quizá el medio singular más prometedor de educación y comunicación sobre salud. Está muy difundido, llega a las zonas más remotas y no es costoso. En particular lo escuchan millones de personas que, por diversas causas, carecen de acceso a la prensa y la televisión.

Además, la radio ofrece múltiples posibilidades. Los mensajes de salud se pueden incorporar a programas de variedades y obras dramáticas. La salud puede ser tema frecuente de charlas radiofónicas; en un país, por ejemplo, la entrevistadora más popular, conocida en casi todas las aldeas, hizo mucho por difundir el conocimiento de ciertos problemas de salud y sus soluciones. Los anuncios ofrecen también grandes posibilidades: desde canciones y versos cortos, hasta mensajes sencillos a cargo de actores conocidos, deportistas populares, etc.

Independientemente de los canales o medios utilizados para comunicación y educación sobre salud, hay ciertas reglas básicas que mejorarán la eficacia del programa, a saber:

Los mensajes deberán ser sencillos, directos y exactos.

Se repetirán con frecuencia, de ser posible por varios canales, para reforzar su efecto.

Hay que conocer al público, partiendo de lo que éste es, lo que sabe y las prioridades que reconozca. La comunicación ha de ser recíproca.

No basta con despertar el interés en un problema. Lo importante es transmitir conocimientos teóricos y prácticos que permitan a la gente asumir la responsabilidad por su propia salud.

No debe utilizarse un medio o canal de información exclusivamente.

Se recurrirá a fuentes fidedignas que tengan la confianza del público.

En el proceso educativo debe participar el ma-

yor número posible de personas y grupos.

Hay que ser original y positivo. No deben utilizarse los métodos tradicionales de disertación tediosa ni hay que limitarse a reprochar a la gente sus malos hábitos.

No hay que desalentarse si no se obtienen resultados rápidos. El cambiar actitudes y comportamientos es una labor lenta y ardua, pero no imposible.

Esa labor es necesaria si se quiere lograr la salud para todos. La comunicación y la educación para una mejor salud son dos claves esenciales y estimulantes de ese alto logro.

---

## El plan de acción con vistas al logro de la salud para todos

DANIEL EPSTEIN

En 1981 los países de las Américas, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), contrajeron un compromiso con los pueblos de América Latina y el Caribe al adoptar el Plan de Acción que llevaría a esos pueblos la salud para todos en el año 2000.

Los Gobiernos Miembros de la OPS acordaron que su meta social principal será «alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva».

El Plan de Acción adoptado sirve de pauta para lograr esa meta vital. Está concebido de manera que ayude a los países a atender las necesidades de salud de sus poblaciones, a mejorar sus sistemas sanitarios y proporcionar servicios asistenciales a los grupos que permanecen marginados. Hace énfasis, por último en las actividades de fomento y prevención, la educación sanitaria, la curación y rehabilitación y la mejora del medio ambiente.

El análisis regional de los problemas corrientes de salud indica que ciertas actitudes y comportamientos hacen aumentar la incidencia de las enfermedades evitables en ciertos grupos de población. Con el Plan se procura infundir en individuos y comunidades actitudes y comportamientos positivos que puedan contribuir a la elevación del grado de salud.

La estrategia clave del Plan es la atención primaria de salud, es decir, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos y puesta al alcance de todos los individuos y familias con su plena participación, a un costo que puedan soportar.

En su empeño por alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, la OPS se concentra en algunos programas que comprenden el desarrollo de actividades de información pública y de educación sanitaria, a fin de intensificar la participación de las poblaciones en el mejoramiento de su propia salud y movilizar el apoyo político, financiero, técnico y popular para el logro de dicha meta.

Los medios modernos de comunicación son muy útiles para elevar el grado de salud de las poblaciones de la Américas, ya que permiten informar eficazmente sobre buenas prácticas de salud, atención primaria, participación de la comunidad y otros elementos importantes que son esenciales para alcanzar los objetivos del Plan de Acción.

La comunicación sobre salud puede revestir muchas formas, desde programas radiofónicos hasta folletos informativos y dramas populares con el mensaje oportuno. Todos estos medios son necesarios para ayudar a los individuos y las familias a tomar decisiones bien fundadas respecto a salud.

El Plan de Acción comprende otros programas esenciales, como son los de protección y fomento de la salud de grupos especiales particularmente expuestos, organización y participación de la comunidad en la prestación de servicios de salud, desarrollo de tecnología apropiada a las condiciones locales para elevar el grado de salud, estudio de medios a ese efecto e intensificación del adiestramiento de auxiliares y otro personal de salud, mejora de los sistemas nacionales de financiamiento para conseguir una mayor equidad, establecimiento de vínculos más estrechos entre la salud y otros sectores, y fomento y ampliación de la cooperación internacional en materia de salud y desarrollo.

Todos esos programas tienen como rasgo común la necesidad de componentes de información. El Plan de Acción requiere que un componente dinámico y eficaz de esa índole sea parte integrante de cada estrategia, a fin de aumentar la participación del público y contribuir al conocimiento y la aceptación de mejores prácticas de salud.

Al formular proyectos deben tenerse en cuenta desde el principio los aspectos de información pública. La ejecución de proyectos puede verse muy facilitada si se incluyen componentes informativos.

El cerciorarse de que se concede importancia al aspecto crucial de comunicaciones que tienen los programas y proyectos puede no sólo facilitarlos, sino también mejorar la salud de la población, que es la meta enunciada en el Plan de Acción.

El grado de salud mejorará cuando se reconoz-

ca a ésta como factor crucial del progreso socioeconómico y sea apoyada por otros sectores en el país. La mejor manera de lograrla es utilizar los medios modernos de información y comunicación para llevar a los hogares el mensaje de que la población puede mejorar su propia salud y, por consiguiente, sus condiciones de vida.

## Atención primaria de salud en las Américas

DANIEL EPSTEIN

Millones de habitantes de zonas rurales y de barriadas de las grandes ciudades de las Américas se ven atrapados en el círculo de la pobreza, la malnutrición y la enfermedad.

Más del 40% de la población de América Latina y el Caribe carece de servicios de salud.

La esperanza de vida de esas personas es más baja que en los países desarrollados, las tasas de mortalidad de sus hijos son mucho mayores, y son muy pocas las que tienen fácil acceso al agua potable y disponen de un saneamiento adecuado.

Para remediar esa situación, los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud se han comprometido a aplicar un Plan de Acción cuyo objeto es facilitar servicios de salud a todos los habitantes de la Región en el año 2000.

Con el fin de alcanzar la meta de salud para todos, los Gobiernos han designado como estrategia básica la atención primaria, que facilita servicios de salud a todos los miembros de la comunidad, destaca la acción preventiva en vez de la curativa, y forma parte integrante del desarrollo socioeconómico.

Esta meta de salud para todos no significa que en el año 2000 no habrá enfermos o incapacitados, ni que los médicos y las enfermeras facilitarán remedio a todos los padecimientos.

La meta significa un cambio para las numerosas personas ahora atendidas por sistemas que siguen un criterio negativo y a posteriori, es decir, que tratan de curar la enfermedad cuando ésta ya es grave.

La idea en atención primaria de salud es invertir esa situación, en otras palabras, prevenir las enfermedades en primer lugar, mejorando para ello el medio ambiente, suministrando agua potable y saneamiento adecuado, vacunando a los niños contra las enfermedades principales y estimulando la participación de la comunidad.

En la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (Unión Soviética) en septiembre de 1978, se considera a la atención primaria como la estrategia básica para alcanzar la meta de salud para todos.

La atención primaria de salud se define como «asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías apropiadas, científicamente fundada y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que

la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación».

El desarrollo de actividades de información pública y de educación sanitaria con miras a intensificar la participación de la población en la mejora de su propia salud es uno de los principales criterios enunciados en el Plan de Acción y aprobados por los gobiernos para alcanzar esa meta.

La atención primaria es una alternativa pragmática que tiene en cuenta no sólo el hecho real de la enfermedad y la pobreza generalizadas, sino también los recursos disponibles.

Un sistema de atención de salud no sólo debería esforzarse por evitar las enfermedades sino también por lograr un estado óptimo de salud física y mental, con una nutrición adecuada.

La atención primaria comprende lo siguiente: educación sobre los problemas de salud y la manera de evitarlos y controlarlos; promoción de la inocuidad de los alimentos y la nutrición apropiada; abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, incluida la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes, y provisión de medicamentos esenciales.

Se calcula que las tres cuartas partes de los problemas de salud pueden ser resueltos por auxiliares adiestrados, sin asistencia de un médico.

Incluso con sólo un adiestramiento básico, los auxiliares de atención primaria pueden tratar muchas de las afecciones corrientes en la comunidad. Pueden además contribuir a la mejora de las condiciones de vida al evitar los problemas de salud existentes, aplicar técnicas sencillas y apropiadas al tratamiento de trastornos frecuentes y comunes, y atender muchos casos de urgencia, por ejemplo, quemaduras y heridas.

Las estrategias exigen servicios de salud asequibles para todos, según sus necesidades. Aunque la atención primaria, o de primer nivel, es el principal enfoque del Plan, también deben reforzarse los niveles secundario y terciario, a donde pueden enviarse los casos más complejos.

Para la OPS sigue prioritaria la prestación de cooperación técnica a sus Países Miembros en sus esfuerzos por alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Con la adopción de dicha

meta, el enfoque de la OPS ha cambiado hacia el desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria y el adiestramiento de personal auxiliar que atiende a las personas que carecen de acceso a los sistemas de salud existentes.

En su empeño por alcanzar la meta de salud para todos en las Américas, la OPS se concentra en varios programas esenciales, a saber:

- Protección y fomento de la salud de grupos especiales particularmente expuestos.
- Organización y participación de la comunidad en la prestación de asistencia.
- Desarrollo de tecnología apropiada a las condiciones locales, a fin de elevar el grado de salud.
- Estudio de medios de mejorar los niveles de salud y el adiestramiento de auxiliares y otro personal.
- Mejora de los sistemas nacionales de finan-

ciamiento del sector de salud para conseguir una mayor equidad.

- Establecimiento de vínculos más estrechos entre la salud y otros sectores.
- Fomento y ampliación de la cooperación internacional en los aspectos de salud y desarrollo.
- Actividades de información pública y educación sanitaria que refuercen la participación de las poblaciones en el mejoramiento de su propia salud y movilicen el apoyo político, financiero, técnico y popular al logro de la salud para todos.

Como ha señalado el Director General de la OMS, la cuenta regresiva para alcanzar la salud para todos ha comenzado y sólo quedan 18 años.

Mediante la participación de la comunidad en la solución de sus propios problemas sanitarios, la atención primaria puede traer mejoras importantes en la salud de las poblaciones de América Latina y el Caribe, y contribuir al acercamiento del día en que todos dispongan de servicios.

## Salud y medio ambiente

### El decenio internacional del agua potable y del saneamiento ambiental

JUDITH NAVARRO

Alcanzar para todos los ciudadanos del mundo a fines del presente siglo un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva: tal es la meta de salud para todos en el año 2000. Aunque los países tendrán que alcanzar algunos objetivos específicos antes de lograr esa meta amplia, ninguno es más importante que la disponibilidad de agua potable y la evacuación de excretas humanas.

Esa disponibilidad dependerá, quizá más que ningún otro objetivo, de un programa eficaz de comunicación. Todos los estratos sociales (los escalones superiores del gobierno, los administradores de nivel intermedio en organismos públicos y empresas privadas, las juntas de desarrollo de la comunidad en barrios y aldeas, los escolares y las amas de casa) deben comprender la relación que existe entre el agua, el saneamiento, la higiene de los alimentos, la nutrición y la salud en general, y un nivel superior de vida.

Para la comunicación hay que prever, entre otras cosas, una asignación adecuada de fondos a los servicios de agua y evacuación de desechos en los presupuestos nacionales de desarrollo socioeconómico. Las altas autoridades y los planificadores deben comprender que la «disponibilidad» no depende directamente de la ampliación de tecnología compleja ni incluso «apropiada». La instalación de tuberías, inodoros, bombas manuales y letrinas para todos no bastará, a menos que se difunda un mensaje sobre su utilidad y sobre la manera de emplearlos y mantenerlos.

El empleo debidamente planificado de los medios de comunicación (utilizables permanentemente para adiestramiento, programas de apoyo a los participantes de la comunidad y educación sanitaria) deberá despertar en el público el interés

por conseguir servicios más abundantes y mejores. Para el logro de la cooperación popular, la comunicación habrá de hacerse distinguiendo entre las tradiciones, hábitos y comportamientos de cada grupo, ya que ello permitirá planificar y ensayar los métodos apropiados. Además sólo será realmente eficaz si está integrada en los programas de educación sanitaria.

Los programas mixtos de comunicación y educación sanitaria deben centrarse en dos esferas de actividad: la coordinación del suministro de guías, manuales, medios visuales y medios auxiliares de enseñanza, y la organización de las actividades educativas. Esa coordinación ayudará al personal de categoría inferior y a los auxiliares de la comunidad a aprender nuevas tareas y a asumir responsabilidades, garantizará la aplicación de métodos informativos apropiados a cada nivel de actividad y evitará duplicaciones en el suministro de medios auxiliares e información.

Estas actividades dan un resultado óptimo cuando se las incorpora a otros programas, por ejemplo los de desarrollo de planes escolares, los de salud de la familia y nutrición (utilizando servicios de parteras tradicionales, enfermeras de distrito u otros auxiliares de salud de la comunidad), los de centros de atención primaria o los propios programas de abastecimiento de agua y saneamiento.

Evidentemente, a nivel de la comunidad el objetivo es dar con medios y mensajes que se graben en la mente de la población rural pobre. Ello puede lograrse de varias maneras: combinando la información con la distracción; incluyéndola en un programa de difusión pública que empiece por hacer comprender las ventajas del cambio y luego señale la manera de construir y aplicar los sistemas,

e incorporando el mensaje a debates y reuniones públicas informales.

Así, en la comunicación pueden seguirse caminos distintos para lograr el mismo fin; en efecto, cabe usar manuales, directrices y medios visuales; programas de educación sobre salud en las escuelas y en la familia, sobre abastecimiento de agua y saneamiento, y radiodifusión y otros medios de información pública.

Por último, la combinación de actividades de comunicación sobre desarrollo de la comunidad y

atención primaria de salud con programas de educación para el decenio ofrece ventajas específicas. Sería difícil distinguir los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento, orientados a la participación de la comunidad, de los programas de comunicación y de educación; por ello, probablemente es mejor combinarlos. No cabe duda de que el diálogo con las personas, a fin de conocer y apreciar sus problemas, es una forma de comunicación esencial para encontrar solución a éstos.

# MENINGITIS PURULENTA EN MENORES DE 7 AÑOS EN MURCIA

## COMENTARIOS EPIDEMIOLOGICOS Y CLINICOS SOBRE 473 CASOS

MARIA DEL CARMEN CABRERIZO MERINO

### I. INTRODUCCION

Las meningitis purulentas (M.P.) continúan siendo enfermedades graves dentro de la patología infecciosa infantil, constituyendo una verdadera emergencia médica, en la que un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado son de especial importancia para evitar situaciones que comprometan la vida del enfermo u originen secuelas, precoces o tardías, que incapaciten permanentemente.

Pese a que el pronóstico ha mejorado en los últimos años con el advenimiento de los modernos quimioterápicos y antibióticos, aún continúa siendo incierto el porvenir del niño que padece este proceso, que mantiene una elevada mortalidad en el R.N. y en el lactante y que origina secuelas psicomotrices, con sus correspondientes repercusiones sobre el individuo, sobre la familia y sobre la sociedad.

En teoría, en la actualidad el problema de las M.P. debiera reducirse a que ante la menor sospecha de un síndrome meníngeo se realizase una punción lumbar (PL.), se identificase el germen causal y se instaurase precozmente el oportuno tratamiento; ahora bien, esta visión tan esquemática no siempre se lleva a la práctica por varias razones: clínica inespecífica en el R.N. y en el lactante, temor a la PL., dificultad de identificar el germen responsable (sobre todo en aquellos casos de tratamiento antibiótico previo a la PL.) y tímidas dosis terapéuticas por miedo a los posibles efectos no deseados de los antibióticos.

Puesto que la patología infecciosa tiene sus peculiaridades en las diversas regiones geográficas, es por lo que hemos considerado de interés comunicar el resultado de nuestras observaciones sobre 473 casos de M.P. infantiles observados en la Región Murciana durante el trienio julio 1978-junio 1981.

### II. MATERIAL Y METODOS

**II-A.—Material:** Se han revisado las historias clínicas de 473 niños, mayores de un mes y meno-

res de siete años, que con el diagnóstico de M.P. han estado ingresados durante el trienio julio 1978-julio 1981, en la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social «Virgen de la Arrixaca» de Murcia, en el Hospital Provincial de Murcia y en la Residencia de la Seguridad Social «Santa María del Rosell» de Cartagena: en la práctica estos tres Centros Sanitarios reciben toda la patología meníngea infantil de la Región.

**II-B.—Métodos:** Se ha dividido el estudio en dos partes:

**II-B-1.—Estudio epidemiológico:** siguiendo el método descriptivo, se han valorado los siguientes parámetros: edad, sexo, incidencia mensual y anual y distribución geográfica, de acuerdo con el Mapa Sanitario de la Región Murciana.

**II-B-2.—Estudio clínico:** enfermedades anteriores y enfermedad previa. Horas previas al ingreso hospitalario. Etiología que refleja los resultados del cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR), efectuado al ingreso. Sintomatología. Formas clínicas.

Dentro del LCR. se ha valorado su celularidad (cuanti y cualitativas), glucorraquia y proteinorraquia. En sangre: hemocultivo, Hb., Hcto., número de leucocitos y de segmentados, desviación a la izquierda, coagulación y natremia. Estudio del E.E.G., cuando existe. Complicaciones y secuelas. Duración de la hospitalización. Evolución del enfermo, según edad y etiología. Mortalidad: letalidad, causas y su posible relación con los hallazgos bacteriológicos, con la edad y con la existencia de enfermedades previas. Se valora el tratamiento con antibióticos previo a la PL.: su frecuencia y repercusiones.

### III. RESULTADOS

Durante el trienio julio 1978 - junio 1981, ingresaron en los Centros citados de la Región Murciana 473 niños, mayores de un mes y menores de siete años, con el diagnóstico de M.P.: de su estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

Sexo: 58,13% en varones y 41,86% en hembras (Tabla I).

TABLA I

MENINGITIS PURULENTAS. DISTRIBUCION POR SEXO

	N.º casos	%
NIÑOS .....	275	58,13
NIÑAS .....	198	41,86

**Edad:** La mayor frecuencia de las M.P. en el primer año de la vida es manifiesta (25%), a partir de entonces y hasta el 7.º año es sensiblemente igual, si bien hemos observado un discreto aumento de la incidencia a los 3 años (14,79%) (Tabla II).

TABLA II

MENINGITIS PURULENTAS. DISTRIBUCION POR EDAD

	Casos	%
0-1 .....	119	25,2
1-2 .....	66	14,0
2-3 .....	48	10,1
3-4 .....	70	14,8
4-5 .....	59	12,5
5-6 .....	52	11,0
6-7 .....	59	12,4
	473	100,0

**Incidencia mensual:** La frecuencia máxima de la enfermedad corresponde a los meses de invierno, siendo enero el mes en que se acumulan más casos, pero sin desaparecer en ningún mes (Tabla III).

TABLA III

MENINGITIS PURULENTA. DISTRIBUCION MENSUAL

	N.º casos	%
Enero .....	65	13,8
Febrero .....	51	10,7
Marzo .....	60	12,7
Abril .....	36	7,6
Mayo .....	45	9,6
Junio .....	28	5,9
Julio .....	33	7,0
Agosto .....	23	4,8
Septiembre .....	29	6,2
Octubre .....	15	3,1
Noviembre .....	36	7,7
Diciembre .....	52	10,9
	473	100,0

**Distribución geográfica:** (Tabla IV): Existe un predominio de casos en Murcia capital y subcomarcas colindantes. También en Cartagena y Lorca.

TABLA IV

MENINGITIS PURULENTAS. DISTRIBUCION COMARCAL: CASUISTICA

COMARCA	1978 2.º sem.	1979	1980	1981 1.º sem.	Total casos	Media anual	Tasa 10 <sup>5</sup>
Noroeste .....	6	10	8	1	25	8,3	12,8
Altiplano .....	1	7	4	4	16	5,3	11,5
Campo de Lorca .....	4	23	11	11	49	16,3	14,0
Campo de Cartagena .....	12	50	40	20	122	40,6	17,4
Subcomarca de Mula .....	4	1	3	0	8	2,6	11,3
Subcomarca de Alcantarilla .....	2	8	4	2	16	5,3	12,8
Subcomarca de Cieza .....	3	9	6	1	19	6,3	12,8
Subcomarca de Molina .....	2	19	10	5	36	12,0	15,6
Subcomarca Fortuna-Abanilla .....	1	5	2	1	9	3,0	11,0
Murcia capital .....	21	71	44	37	173	57,6	20,0
TOTAL .....	56	203	132	82	473		

**Distribución anual:** Del 2.º semestre de 1978 se han recogido 56 casos; en 1979 fueron 203, en tanto que en 1980 fueron 132 y del primer semestre de 1981 tenemos conocimiento de 82 casos.

**Enfermedades anteriores y enfermedad previa:** Dentro de las primeras se constata la gran frecuencia de los catarros de las vías respiratorias (15,01%), seguida de las convulsiones (1,69%).

Como enfermedad inmediata a la aparición del cuadro meníngeo se encuentra en el 24,31% catarros de vías respiratorias altas, seguidos a gran distancia de otitis, gastroenteritis, sarampión, etc. En 3 casos se habían practicado derivaciones en hidrocefalias y en 2 casos drenajes postoperatorios en tumores cerebrales.

**Horas previas al ingreso hospitalario:** Aunque muy variable, existe un promedio de 34,04 horas, con un mínimo de 2 y un máximo de 96 horas.

**Etiología:** La Neisseria meningitidis en 107 casos (22,62%), seguida a mucha distancia del Diplococcus pneumoniae con 9 casos (1,90%), del Hemophilus influenzae con 6 casos (1,26%), son los gérmenes que más frecuentemente se han cultivado en LCR. En 3 casos se aisló St. aureus (0,63%), en dos E. coli (0,42%) y en uno Str. viridans (0,21%) (Tabla V).

TABLA V

MENINGITIS PURULENTAS: ETIOLOGIA

Germen	Casos	%
N. Meningitidis .....	107	22,62
D. Pneumoniae .....	9	1,90
H. Influenzae .....	6	1,26
St. Aureus .....	3	0,63
Str. Viridans .....	1	0,21
E. Coli .....	2	0,42
Germen desconocido .....	345	72,93
TOTAL .....	473	99,97

De los 107 meningococos aislados: dos pertenecían al grupo A, 23 al B, dos al C y uno al D. Los restantes no fueron tipificados (Tabla VI).



**TABLA VI**

**MENINGITIS PURULENTAS. MENINGOCO-  
CO: SEROTIPOS**

Serotipo	Casos	%
A .....	2	1,66
B .....	23	21,49
C .....	2	1,86
D .....	1	0,93
No tipificados .....	79	73,83
<b>TOTAL .....</b>	<b>107</b>	<b>99,97</b>

En 35 casos (72,93%) el LCR fue estéril:

Síntomas: Esquematizados en la tabla VII.

**TABLA VII**

**MENINGITIS PURULENTAS: FRECUENCIA  
DE LOS DISTINTOS SINTOMAS**

En más del 50%		En menos del 50%	
Fiebre	92,6	Cefaleas	37,8
Vómitos	73,1	Estreñimiento	18,3
Hábito intestinal normal	73,2	Convulsiones	11,7
Patequias	52,6	Irritabilidad	18,8
Rigidez de nuca	61,0	Obnubilación	46,9
Signos meníngeos	61	Anorexia	21,1
		Parálisis	0
		Incontinencia de esfínteres	0,2
		Algias	13,7
		Shock	12
		Herpes	18,8
		Hipertensión fontanela	9,3

**Formas clínicas:** De los 473 casos estudiados el 94% fueron formas meníngeas puras, en el 5,9% restante se trataba de formas mixtas, en las que la meningitis era una manifestación más dentro de una sepsis.

**Líquido cefalorraquídeo:** Más de 1.000 células/mm<sup>3</sup> habían el 55,06% de los casos; entre 50 y 1.000 en el 39,45%, quedando el 5,39% restante para aquellos casos en que existían menos de 50 células/mm<sup>3</sup>.

En el 94,40% de los casos el porcentaje de polinucleares era superior al 50%. La glucorraquia era inferior a 50 mg./100 en el 54,99% de los casos. La proteinorraquia era superior a 100 mg./100 en el 50,21% de los casos.

**Sangre:**

El valor promedio para la Hb. era 11,22 ± 1,6944 gr. %.

Para el Hcto. hemos obtenido una media de 34,03 ± 4,5672.

Leucocitosis superiores a 12.000/mm<sup>3</sup> existían en el 65,46% de los casos y leucopenias inferiores a 5.000 en el 4,51%.

Segmentados: media de 68,29 ± 17,3436%.

Cayados:  $\bar{x}$  = 6,85 ± 6,83.

Coagulación: alteraciones sanguíneas propias del CID en el 10,09% de los casos.

Natremia: superior a los 45 mEq./litro en el 6,98% y menor de 130 en el 11,02% de los casos estudiados.

**Electroencefalograma:** No se ha practicado más que 221 casos y generalmente en fases no precoces de la enfermedad.

Ha sido anormal en el 37,55%.

**Complicaciones:** Detectadas en 92 casos (19,38%).

La más frecuente ha sido el CID (6,55%), seguida de las convulsiones (3,80%) y de síndromes bronconeumónicos e insuficiencia cardíaca, con 7 casos cada una.

**Secuelas** aparecieron en 9 casos (1,89%), siendo la atrofia córtico-subcortical y las necrosis isquémicas las más frecuentes.

**Hospitalización:** Los días de hospitalización de los enfermos estudiados han alcanzado un promedio de 9,59 días, con un mínimo de 3 y un máximo de 30.

**Evolución:** De los 473 enfermos observados curaron 459 (97,04%) y fallecieron 14 (2,95%).

**Mortalidad:** De los 473 niños estudiados con M.P. murieron 14, ello supone una letalidad de 2,95%. En la tabla VIII se observa una letalidad de 66,6 para estafilococo dorado, de 22,2 para el neumococo y de 5,6 para el meningococo.

**TABLA VIII**

**MENINGITIS PURULENTAS. EVOLUCION:  
LEGALIDAD, SEGUN ETIOLOGIA**

Germen	Casos	Cura- ciones	Muertes	Letalidad
Meningococo ...	107	101	6	5,6
Neumococo .....	9	7	2	22,2
H. influenzae ..	6	6	0	0
St. aureus .....	3	1	2	66,6
Str. viridans ....	1	1	0	0
E. coli .....	2	2	0	0
Germen desco- nocado .....	345	341	4	1,1
<b>TOTAL .....</b>	<b>473</b>	<b>459</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

La letalidad para el periodo de tiempo estudiado ha sido: máxima en el 2.º semestre de 1978 (5,35) y mínima (0) en el primer semestre de 1981, con cifras intermedias para 1979 (3,44) y 1980 (3,03).

De los 14 fallecidos, tres lo hicieron dentro de una sepsis fulminante con síndrome de W-FRIEDERISCHEN, en tanto que en otros tres la causa fue un shock endotóxico irreversible. Una grave afectación del S.N.C. con parálisis respiratoria fue la responsable en otros 3 casos de fatal desenlace. El CID con manifestaciones hemorrágicas esencialmente pulmonares fue la causa en dos ocasiones. Los restantes éxitus lo fueron por necrosis renal, edema agudo pulmonar y status convulsivo.

El meningococo fue el germen causal del 42% de las muertes, siguiéndole el neumococo y el estafilococo en dos casos cada uno. En el 28,5% el germen era desconocido.

En cuanto a la edad el 50% de las muertes se produjo en el primer año de la vida, el 42,85%

entre los uno y dos años y solamente en un enfermo la edad era superior a los 2 años (Tabla IX).

**TABLA IX**

**MENINGITIS PURULENTAS. MORTALIDAD Y EDAD**

Estudio de 473 casos

	Casos	%
De 1 mes a 1 año .....	7	50,0
1 - 2 años .....	6	42,85
Más de 2 años .....	1	7,14
<b>TOTAL .....</b>	<b>14</b>	<b>99,99</b>

En la tabla X se observa que la letalidad ha sido de 5,8 para menores de 1 año y 9 para los de 1 a 2 años.

**TABLA X**

**MENINGITIS PURULENTAS. EVOLUCION: CURACIONES Y MORTALIDAD, SEGUN EDAD**

Edad	Casos	Curaciones	Muertes	Letalidad
1 - 12 meses .....	119	112	7	5,8
1 - 2 años .....	66	60	6	9
2 - 3 años .....	48	48	0	0
3 - 4 años .....	70	70	0	0
4 - 5 años .....	59	59	0	0
5 - 6 años .....	52	52	0	0
6 - 7 años .....	59	58	1	1,6
<b>TOTAL .....</b>	<b>473</b>	<b>459</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

En relación con la posible relación entre muerte y enfermedad previa sólo se ha podido confirmar en 5 casos: hidrocefalia con derivación en tres casos, meduloblastoma cerebral con drenaje en uno y convulsiones en otro.

**Tratamiento previo con antibióticos:** El 34,03% de los 473 enfermos estudiados habían sido tratados con antibióticos de una manera incompleta antes de hacer la PL. diagnóstica.

De nuestro estudio se deduce que este tratamiento previo influye de manera significativa: negativizando los cultivos bacteriológicos del LCR., disminuyendo la proteinorraquia y haciendo menos intenso el predominio de polinucleares en el LCR. No influye ni sobre la glucorraquia ni sobre el número de leucocitos en sangre o en LCR.

Parece ser que el tratamiento previo actúa también disminuyendo el número de complicaciones, de secuelas y de muertes.

**IV. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES**

La morbilidad por M.P. desciende conforme aumenta la edad, dándose el máximo de incidencia en el primer año de la vida: hecho motivado por múltiples factores y especialmente por la inexperiencia inmunológica del lactante.

Compartimos la opinión generalizada de un ligero predominio, no significativo, en el varón.

Aunque la enfermedad no desaparece por completo en ningún mes del año, su mayor frecuencia es en invierno y primavera: en nuestra serie fue enero el mes en el que se acumularon más casos. Una observación interesante: durante 1980 la meningitis meningocócica en la Región Murciana tuvo su máxima incidencia en enero, pero con una reactivación en agosto-septiembre (1); hemos constatado esa observación, aunque haríamos extensiva esa reactivación también a julio, parece como si hubiese un desplazamiento de las M.P. en general y de las meningocócicas en particular hacia las fechas estivales.

La infección meningocócica es endémica en España, aunque con una desigual distribución geográfica: las regiones balear, canaria y andaluza son las menos afectadas, en tanto que el País Vasco y Galicia tienen la mayor incidencia (2). Por el estudio de las tasas de morbilidad de la infección meningocócica en la Región Murciana durante el trienio 1978-1980 se deduce que la máxima incidencia se produjo en Murcia capital, seguida muy de cerca del Campo de Cartagena y Molina a continuación, por orden decreciente de frecuencia, Fortuna-Abanilla, Noroeste, Alcantarilla, Altiplano, Cieza, Mula y Lorca (1). En la tabla I se observa la distribución comarcal de los 473 casos de M.P. estudiados: como es lógico, se superpone en parte a las anteriores observaciones.

Existe una mayor incidencia de la M.P. en la población infantil urbana que en la rural.

La tasa de morbilidad para la infección meningocócica en España fue de 17,62 en 1979 y de 12,80 en 1980; continuando con la misma referencia a la infección meningocócica en todas las edades pero limitándose a la Región Murciana, se declararon en ésta 181 casos en 1978 (tasa 19,7), 321 casos en 1979 (tasa 33,5) y 209 casos en 1980 (tasa 21,6). En cuanto a la M.P. y estudiando solamente los enfermos de un mes a 7 años de edad hemos recogido 56 casos en el 2.º semestre de 1978, 203 en 1979, 132 en 1980 y 82 casos en el primer semestre de 1981: no hemos podido establecer tasas de morbilidad y las diferencias entre ambas series de datos deben de ser explicadas por los diferentes grupos de edad estudiados.

Teóricamente cualquier agente bacteriano puede provocar una M.P., pero en la práctica la relación de agentes causales es más reducida y está en íntima relación con la edad del paciente y con una serie de factores muy diversos. En el niño de dos meses a doce años la mayoría de las M.P. están ocasionadas por el meningococo, neumococo y H. influenzae: con una influencia geográfica manifiesta y que puede reflejarse a escala continental: en América del Norte es el H. influenzae el germen predominante, en tanto que en Europa y más concretamente en España lo es el meningococo.

Las M.P. secundarias, a cualquier edad, aparecen como complicación de infecciones crónicas de oído, de malformaciones congénitas del SNC, de traumatismos craneoencefálicos, etc., y pueden ser provocadas por una gran variedad de gérmenes.

Las M.P. por germen desconocido son de frecuencia creciente y aunque suelen ser debidas a tratamientos previos e insuficientes, debe de recordarse de que pueden darse hasta un 25% de LCR estériles aún en casos no tratados (3).

Desde el punto de vista clínico destacar el hecho de que los síntomas van a estar en íntima relación con la edad (4): si en el niño mayor va a existir la triada clásica fiebre-vómitos-cefalea con unos signos meníngeos a la exploración claramente positivos, en el lactante (y tanto más cuanto menor sea) van a predominar los síntomas inespecíficos de fiebre, sensación de enfermedad, rechazo de alimento, comienzo brusco, mayor o menor repercusión gastrointestinal, etc., no existiendo en la mayoría de los casos ni la rigidez de nuca ni los demás signos meníngeos, que son sustituidos por una irritabilidad creciente, rechazo a ser manejado, periodos de letargia, hipertensión de fontanela y posibles convulsiones.

La existencia de un LCR. hipertenso, con aumento del n.º de leucocitos/mm<sup>3</sup>, con predominio de polinucleares, con disminución de la glucorraquia y aumento de proteinorraquia harán sospechar una M.P., cuyo diagnóstico se confirmará por la única prueba fidedigna: la demostración del germen causal.

Sin embargo un tratamiento antibiótico previo a la PL. al disminuir bastante la positividad de los cultivos del LCR. y alterar los restantes parámetros, puede hacer difícil el diagnóstico. Por ello y para facilitar el diagnóstico de las M.P. se puede acudir bien a los sistemas de puntuación, como el de THOME y cols. (5), o a la valoración de otros parámetros tales como el ácido láctico en el LCR. (6), enzimas (7), fracciones proteicas (8), limulus test (9), test de NBT (10) y otros muchos más, cuyo valor no está aún definido.

La mortalidad por M.P., que ha descendido mucho desde la introducción de la terapéutica antibacteriana, es tanto mayor cuanto menor sea la edad del enfermo. En nuestra serie de 473 niños mayores de un mes y menores de 7 años, la letalidad es de 2,95: cifra intermedia entre las citadas en la literatura médica sobre el tema.

Desde el punto de vista bacteriológico es de consenso común que en el lactante pequeño los gérmenes que causan mayor mortalidad son el H. influenzae, la E. coli y el Str. pneumoniae: de los primeros no tenemos ningún caso, pero el neumococo ha sido la causa de la muerte en dos lactantes; el estafilococo origina también una alta mortalidad, pero debe de tenerse en cuenta que, como en nuestro caso, es el germen productor de las meningitis postquirúrgicas.

En los lactantes mayores la muerte es generalmente producida por el meningococo.

## BIBLIOGRAFIA

1. RAMOS GARCIA, E. y NAVARRO SANCHEZ, C.: Meningitis meningocócica 1980, *Boletín Epidemiológico Semanal de Murcia*, 3, 5-10, 1981.
2. *Tribuna Médica*, núm. 897, mayo, 1981.
3. OTERO, MC.; ABELEDO, G.; GRACIA, A.; ALBERTO, C.; HERRANZ, P.; ORELLANA, F. y FERRAGUT, J.: Meningitis purulentas en Valencia, *An. Esp. Pediat.*, 10, 235-244, 1977.
4. GUTIERREZ RIVAS, J.; LORCA, C.; SARABIA, F.; TEROL, D. y LORENTE, S.: Formas atípicas de comienzo de la meningitis bacteriana en la infancia. *Comunicación a la VIII Reunión de la Sociedad de Pediatría del Sureste de España*, La Roda (Albacete), mayo, 1980.
5. THOME, J.; BOVIER-LAPIERRE, M.; VERCHERAT, M. et BOYER, P.: Meningite bacterienne ou meningite virale?, *Pediatr.*, 35, 225-236, 1980.
6. CONTRONI, G.; RODRIGUEZ, W.; HICKS, J.; FICKE, M.; ROSS, S.; FRIEDMAN, G. and KHAN, W.: Cerebrospinal fluid lactic acid levels in meningitis, *J. Pediat.*, 91, 379-384, 1977.
7. ROMERO, M.; CRESPO, M.; TORAL, JF. y VILLAR, C.: Enzimología licuoral de las meningococias en la infancia, *Bol. Soc. Cast. Ast. Leon. Pediatr.*, 12, 449-458, 1971.
8. SANCHEZ VILLARES, E.; CRESPO, M.; SALAZAR, V.; VILLAR, C. y FERNANDEZ, JL.: Epidemiología de las meningococias en nuestro medio, *Bol. Soc. Cast. Ast. Leon. Pediatr.*, 12, 421-434, 1971.
9. VELA, D.; TOJO, R.; FRAGA, J.; PRIETO, R.; REGUEIRO, B. y PEÑA, J.: Aplicación del limulus test en la infección meningocócica, *Libro de Comunicaciones al XIV Congreso Español de Pediatría*, Barcelona, 580, 1976.
10. ARISTEQUI, J.; UGIDOS, T.; SEVILLA, R.; ARCELUS, C. y SANTALAYA, J.: Test del nitroazul de tetrazolio en el diagnóstico diferencial de las meningitis en Pediatría, *An. Esp. Pediat.*, 13, 487-496, 1980.

## Reseñas de publicaciones sanitarias de la Región Murciana

ALCARAZ BAÑOS, Miguel: *Hiperfuncionalismo y radiosensibilidad*. Tesis de Licenciatura. Octubre 1982.

En la presente tesis de Licenciatura, dirigida por el Catedrático de Radiología y Medicina Física Dr. José-Luis Genovés García, se toma como punto de partida el postulado de BERGONIE Y TRIBONDEAU (1906), convertido en ley general de la radiosensibilidad para todas las células del organismo vivo. En este postulado se establecía que los rayos X actúan tanto más sobre las células:

a) cuanto mayor es su actividad reproductora,

b) cuanto más largo es su porvenir cariocinético y,

c) cuanto menos definitivamente fijadas están su morfología y sus funciones.

Al comprobarse que dicha ley no contempla la función de las células diferenciadas como factor determinante en la modificación de la radiosensibilidad celular, se propone el estudio de una serie de cuadros caracterizados por hiperfuncionalismo glandular, en cuatro tipos de tejidos: tiroides, hipófisis, sistema nervioso vegetativo y ovario. Estos mismos tejidos, cuando son normofuncionantes muestran elevada radiorresistencia y, sin embargo, cuando se encuentran en hiperfunción, sufren

aumento de su radiosensibilidad de tal forma que las enfermedades a que dan lugar tienen, o han tenido, un tratamiento eficaz con radiaciones ionizantes.

Por sus características especiales, en el ovario se estudia también la radiosensibilidad de los distintos tipos celulares, su relación con la edad y con la fase menstrual y su repercusión en las técnicas radioterápicas que, bajo el nombre de radioterapia estimulante, se utilizó en el tratamiento de las amenorreas secundarias.

En base al presente estudio, la conclusión final

puede expresarse diciendo que: son también radiosensibles los tejidos cuyas células poseen función específica desarrollada, carecen de porvenir carioquinético y de actividad reproductora, pero son hiperfuncionantes.

**N. de la R.**—Dada la dificultad de conocimiento de todas las publicaciones de los sanitarios murcianos por la amplitud de los órganos de difusión, rogamos que cuantos estén interesados en que se divulguen desde aquí los resúmenes de contenidos se dirijan al Servicio de Publicaciones de la Consejería de Sanidad y S. S., Ronda de Levante, 11 - MURCIA.

## ACTOS, CURSOS, SYMPOSIA

### CURSO MONOGRAFICO SOBRE MEDICINA Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Organizado por el Colegio Mayor Universitario «Julio Ruiz de Alda» del Ministerio de Cultura y la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia, con la colaboración del Vicerrectorado de Extensión Universitaria, las Consejerías de Sanidad y de Cultura del Consejo Regional, el Colegio Oficial de Médicos e INSALUD; bajo la dirección del Profesor Dr. Pedro MARSET CAMPOS, se va a celebrar desde el 9 de marzo al 4 de mayo, a las 8 de la tarde, en el Salón de Actos del Colegio «Ruiz de Alda» con arreglo al siguiente programa:

**9 marzo.**—Salud y medio ambiente. D. Pedro PARRA HIDALGO, Técnico de Salud Pública del Excmo. Ayuntamiento de Murcia.

**10 marzo.**—Salud y desarrollo social. Don Angel FERNANDEZ NAFRIA, Director Regional de Salud, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia.

**15 marzo.**—Salud y trabajo en la región de Murcia. D. Fernando de SAN EUSTAQUIO, Profesor del Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia.

**16 marzo.**—Mortalidad infantil en la región de Murcia. D.<sup>a</sup> Fuensanta ALIAGA y D.<sup>a</sup> Encarna LEON. Profesores colaboradores del Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia.

**17 marzo.**—Actitud de la población frente a la enfermedad y la salud. D. Pedro PARRA HIDALGO.

**22 marzo.**—Medicina popular y las instituciones sanitarias en Murcia. D. Pedro SATURNO HERNANDEZ, Profesor de Higiene y Sanidad. Facultad de Medicina. Murcia.

**23 marzo.**—Indicadores de Salud. D.<sup>a</sup> Elvira RAMOS GARCIA, Jefe de Sección Promoción de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

**24 marzo.**—Planificación y programación de las actividades sanitarias. D. Pedro PARRA HIDALGO.

**12 abril.**—Fundamentos de economía sanitaria. D. Pedro SATURNO HERNANDEZ.

**13 abril.**—La Historia Clínica en Atención Primaria. D. José SAURA, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

**14 abril.**—Estructura sanitaria de la Región de Murcia. D.<sup>a</sup> Elvira RAMOS GARCIA.

**19 abril.**—Programas sanitarios en enfermedades transmisibles. D.<sup>a</sup> Carmen NAVARRO SANCHEZ, Jefe de Sección Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

**20 abril.**—Programas sanitarios en enfermedades cardiovasculares. D. Juan SANCHEZ. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

**21 abril.**—Programas sanitarios en enfermedades cancerosas. D.<sup>a</sup> Carmen NAVARRO SANCHEZ.

**26 abril.**—Programas sanitarios para los distintos grupos de edad. D. José SAURA.

**27 abril.**—La Atención Primaria en Europa. D. Pedro MARSET CAMPOS, Director del Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia.

**28 abril.**—Nuevas líneas en la Atención Primaria en España. D. José OÑORBE, Director de Atención Primaria del INSALUD. Ministerio de Sanidad. Madrid.

**3 mayo.**—Atención Primaria en Murcia. D. Francisco MARTINEZ PARDO, Director de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

**4 mayo.**—El Centro de Salud. D. Pedro PARRA HIDALGO.

### CURSO DE EDUCACION PARA LA SALUD PARA PROFESORES DE E.G.B. Y ASISTENTES SOCIALES

La Consejería de Sanidad, ha organizado este II CURSO DE EDUCACION PARA LA SALUD para profesores de E.G.B. y Asistentes Sociales, a celebrar del 7 al 18 de marzo a las 6 de la tarde en el Salón de Actos de la Consejería, a cargo de los profesores Elvira Ramos García, Jefe de Sección de Promoción de Salud, y Juan Ramón Alarcón Collado, Jefe de Sección de Sanidad Escolar, con arreglo al siguiente programa:

1.—La salud y la enfermedad. Génesis de la enfermedad en la colectividad según la estructura socio-económica.

2.—Explosión demográfica. Problemas sanitarios que plantea. Políticas demográficas.

3.—Conocimientos anatómicos y fisiológicos: aparato respiratorio y aparato circulatorio; sistema nervioso central y aparato genitourinario.

4.—Conocimientos anatómicos y fisiológicos: aparato digestivo y aparato locomotor.

5.—Higiene de la Alimentación: Concepto de Alimentación y Nutrición. Composición de los alimentos y clasificación funcional de los mismos.

6.—Proteínas. Glúcidos. Lípidos. Vitaminas. Minerales.

7.—Consecuencias de mala alimentación: Desnutrición, obesidad, distintas avitaminosis.

8.—Los alimentos como vehículo de infección. Higiene en la manipulación de los alimentos.

9.—Higiene personal y colectiva. Papel de la Educación Física y el Deporte del escolar

10.—Desarrollo mental del escolar. Salud mental y principales alteraciones en el escolar.

11.—Alcoholismo. Drogas. Sexualidad.

12.—Enfermedades infecciosas y su control.

13.—Enfermedades crónicas: Enfermedades cardiovasculares. Cáncer.

14.—Accidentes en el medio escolar y de tráfico.

15.—Alteraciones de la visión y otorrinolaringológicas. Alteraciones y problemas de los dientes.

16.—Exámenes de salud en el escolar. Higiene en el medio escolar.

17.—Organización de la sanidad escolar. Papel del maestro en la higiene escolar.

#### **CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO PARA A.T.S.**

1. «Anatomía Patológica», organizado por la Cátedra de Anatomía Patológica, a partir del mes de abril.

2. «Electrología, Radiología y Medicina Nuclear», organizado por la Cátedra de Radiología y Medicina Física, desde el 15 de marzo al 26 de mayo.

N. de la R.—Nos hemos dirigido a los Colegios Profesionales, Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, INSALUD y Directores de Centros Hospitalarios para que tengan a bien comunicarnos con la antelación suficiente cuantos actos, simposiums y conferencias se vayan a celebrar, para su difusión en este Boletín.

~

# NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Semanas: 1 a 4 (del 2 al 29 enero 1983) y 1 a 4 (del 3 al 30 enero 1982)

COMARCAS	(1) n.º de casos habilit.	Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección Meningo- cócica		Varicela		Saram- pión		Gripe		Escarla- tina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Tosferina		Hepatitis		Rubéola		Fiebre R. A.		Tétanos		Neumonía		Difteria		Gonococia		Sífilis		
		1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983	1982	1983			
NOROESTE .....	61.521	1,6	0	1	0	4	0	1	34	18	0	422	97	4407	0	0	1	0	0	5	0	2	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0
ALTIPLANO .....	45.970	2,2	2	0	1	1	0	1	14	5	0	182	178	5452	0	0	0	1	6	19	0	4	3	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	1
LORCA .....	110.866	0,9	2	2	7	5	0	0	62	27	9	115	596	4070	1	0	2	0	27	3	1	6	6	1	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	5	0	0
CARTAGENA .....	238.201	0,4	7	1	1	1	3	9	182	73	11	303	681	10967	23	7	5	0	13	64	38	15	18	8	4	30	0	1	0	0	0	0	0	9	8	0	1	
MULLA .....	21.839	4,6	0	0	0	0	0	1	6	1	0	42	48	1718	1	1	0	0	1	0	0	2	16	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	
ALCANTARILLA .....	41.265	2,4	0	0	0	0	2	2	0	23	0	390	137	2168	0	0	0	0	4	24	8	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
CIEZA .....	47.996	2,1	0	0	0	0	0	0	20	11	0	115	185	1830	0	2	1	0	6	1	6	0	1	0	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	0	0	
MOLINA .....	76.645	1,3	1	2	2	0	2	0	20	9	42	318	504	4398	15	6	1	0	103	6	74	8	6	5	2	6	1	0	0	0	1	7	0	0	3	5	0	0
FORTUNA/ABANILLA .....	26.327	3,8	1	0	1	0	0	0	6	50	1	100	85	1733	2	0	0	0	1	12	13	12	3	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1	5	0	0		
MURCIA CAPITAL .....	284.585	0,4	6	3	3	0	5	13	130	89	8	1022	1486	8045	6	0	5	5	34	25	172	48	24	12	14	6	11	18	1	0	1	10	1	18	4	3	2	
TOTAL REGION .....	955.215	0,1	19	9	15	11	12	27	474	306	71	3009	3997	44778	48	16	16	7	189	164	307	116	79	28	38	64	15	21	2	0	2	55	1	2	43	42	3	4

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