



El programa de diabetes de las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. (II) Documento del programa.

ALBALADEJO MONREAL, EDUARDO *
ALCANTARA NICOLAS, JOSE *
SANCHEZ DE TORO LARIOS, JOSE MARIA *
SANCHEZ SANCHEZ, JUAN ANTONIO *
SAURA LLAMAS, JOSE *
PARRA HIDALGO, PEDRO **

* Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

** Técnico en Salud Pública de las Unidades Docentes de Cabezo de Torres y Algezares.

Tras la elaboración de un documento que nos sirviera como base para el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes en atención primaria, es decir, un protocolo (descrito en el número III-4 de este Boletín); el siguiente paso consistía en la elaboración del documento del Programa de Diabetes propiamente dicho y de los anexos documentales precisos para su puesta en marcha.

Este documento, que se ajusta a la técnica de programación propuestas por la O.P.S. - O.M.S., junto con los anexos documentales correspondientes se describen a continuación.

UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE CABEZO DE TORRES Y ALGEZARES. PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL ADULTO. SUBPROGRAMA DE DIABETES

1. INTRODUCCION

La diabetes es hoy día un problema importante de salud pública, pues a pesar de que se dispone de los medios diagnósticos y terapéuticos que permiten controlarla, es aún un problema sin resolver.

Para situarnos en el problema es necesario mencionar una serie de datos epidemiológicos:

— Es una enfermedad que presenta una distribución mundial (1, 2).

— Su prevalencia se sitúa alrededor de un 1 a un 3% de la población general en los países occidentales (2).

— En España las cifras serían similares, aunque existen pocos datos al respecto. De un 1% para Jara Albarrán (1976) a un 3,1% de la población general del Plan de Berriz (1980) (5); Pallardo y Ma-

tute (1965), 0,33% (4), entre 5.000.000 p. rural; Rodríguez Miñón y Al, del 5,2 al 7,9%, según criterio (6).

— No hay diferencias de incidencia por sexo (aunque hay un ligero predominio de mujeres en personas mayores de 40 años) (2).

— No parecen existir diferencias raciales (excepto que la diabetes es excepcional entre los esquimales) (2).

— En cuanto a la edad, parece aumentar la incidencia con la edad:

• El 80% de los diabéticos tienen más de 45 años (2).

• Distribución por grupos de edad (1):

Hasta 24 años	2 / 1.000
Entre 25 y 45 años	10 / 1.000
Entre 45 y 52 años	33 / 1.000
Entre 55 y 64 años	56 / 1.000
Entre 65 y 74 años	69 / 1.000

— Esta enfermedad tiene un predominio familiar: (Harrison (1); Palacios (2)).

La diabetes es de 2 a 3 veces más frecuente entre los parientes de diabéticos conocidos, que entre la población en general (1).

— Existe una relación directa con la obesidad, el tipo de alimentación (dietas hipercalóricas) y el tipo de H. de C. de la misma (2).

Así según (1) el 85% de los diabéticos son o fueron personas obesas.

— También se menciona una cierta relación con la situación socioeconómica, el habitat, la multiparidad, etc. (2).

En cuanto al número de diabéticos conocidos,

se sabe que alrededor del 50% de los diabéticos permanecen sin diagnosticar (1). Es decir que por cada diabético conocido existe otro desconocido.

En general la cifra de diabéticos tiende a aumentar, entre otras razones por un mejor estudio de la población.

Los aspectos clínicos fundamentales de la Diabetes Mellitus, desde el punto de vista de la asistencia primaria se recogen en el protocolo, descrito en la primera parte de este trabajo (7) (Ver B.S.R.M. núm. 7, III, 60-68).

2. JUSTIFICACION

Creemos conveniente el desarrollo de un subprograma para el control de la diabetes, por ser esta enfermedad un problema social importante.

a) Por su elevada prevalencia. Hasta un 3% de la población general.

b) Por ser un factor de riesgo cardiovascular, que es la principal causa de muerte en las sociedades industriales avanzadas. Y de otras enfermedades.

c) Por ser un problema asistencial, ya que la diabetes requiere un tratamiento largo, continuo y difícil.

d) Por sus posibles y al mismo tiempo frecuentes complicaciones, que además suelen ser graves.

e) Por ser un problema económico (coste elevado de los estudios y medios asistenciales y fármacos), por el coste de horas de trabajo y años de vida perdidos, y por las distorsiones ocasionadas a la paciente en su vida social.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia de la diabetes un número elevado de enfermos deberían estar sometidos a tratamiento; sin embargo, se estima que sólo un 1,4% (del total de un 3,1%), están controlados (5).

Además se debe tener en cuenta que la mayoría de los enfermos diabéticos conocidos, o no están bien controlados o no son seguidos por una periodicidad adecuada (estimación provisional de nuestros enfermos vistos ambulatoriamente).

3. PROPOSITOS

3.1. Elevar el nivel de salud de las comunidades de Cabezo de Torres y Algezares, a través de la detección precoz de la diabetes, su estudio y posterior seguimiento de los casos detectados.

3.2. Contribuir a realizar el diagnóstico de salud de esas áreas, a través de la recogida de datos y la elaboración de los índices correspondientes.

3.3. Elaboración de un modelo de programa de atención de diabetes en asistencia primaria.

4. OBJETIVOS

4.1. Detección precoz de los enfermos diabéticos de las dos áreas de salud.

4.2. Estudio de los diabéticos detectados.

4.3. Control y seguimiento de los enfermos incluidos en el subprograma de diabetes.

Establecimiento de un sistema de educación para la salud, dirigido a los enfermos diabéticos y a la población en general.

4.5. Elaboración de los indicadores relativos a este programa de salud necesarios para realizar el diagnóstico de salud de estas áreas.

5. LIMITES

5.1. Población a cubrir

En cuanto a detección precoz y educación sanitaria: a toda la población residente en Cabezo de Torres y Algezares.

En cuanto al estudio, control y seguimiento de los diabéticos detectados: a todos los asegurados de la S. S. del Cabezo de Torres y Algezares pertenecientes a la unidad de Medicina Familiar y Comunitaria y a todas las personas incluidas en el Padrón de Beneficiencia Municipal.

5.2. Area

Términos de las pedanías de Cabezo de Torres y Algezares del municipio de Murcia.

5.3. Tiempo

La duración del programa viene determinada por la normativa referente al tercer año de la residencia de Medicina Familiar y Comunitaria. Aproximadamente 1 año (hasta finales de mayo de 1982).

ACTIVIDADES

6.1. Detección de los casos de diabetes

Se realizará por medio de:

6.1.1. La consulta médica:

6.1.1.1. Realizando tira analítica en orina, para detección de glucosuria, a todas las personas mayores de 45 años que acudan a la consulta.

6.1.1.2. Realizando tira analítica en orina, a todos los familiares directos del enfermo que acudan a la consulta, tras informar al paciente diabético confirmado de la conveniencia de realizar dicha prueba.

6.1.1.3. Realizando glucemia basal a todos los pacientes con historia clínica sugestiva de diabetes, y a los que relaten algún episodio ocasional de hiperglucemia (ej.: durante el embarazo).

6.1.2. Las actividades de enfermería:

6.1.2.1. Realizando tira analítica en orina a toda persona mayor de 45 años que entre en contacto con los servicios de enfermería.

6.1.2.2. Poniendo en contacto al paciente, cuyas heridas evolucionan tórpidamente o con abcesificación de las inyecciones I.M., con el médico correspondiente.

6.1.3. Una campaña de detección de diabetes dirigida a la población en general, si los medios y recursos existentes lo permitieran.

Para ello se utilizaría una ficha de detección y confirmación (anexo 2).

6.2. Estudio de los diabéticos detectados

Se realizarán a través de:

6.2.1. Confección de una historia clínica completa, según protocolo (ver anexo 1).

6.2.2. Realización de pruebas analíticas y otras pruebas complementarias, según protocolo (ya visto) (7).

6.2.3. Envío a C. S. Virgen de la Arrixaca, si fuera preciso, para la realización de otras pruebas diagnósticas a fin de confirmar el diagnóstico.

6.3. Control y seguimiento de los pacientes incluidos dentro del programa de diabetes

Se realizará tanto en consulta ambulatoria como en consulta domiciliaria.

6.3.1. *Control por el médico.*—Se realizará a través de...

6.3.1.1. Hoja específica de evolución y control a incluir en la historia clínica habitual (anexo 3).

6.3.1.2. Según unas normas prefijadas, que se adjuntan.

6.3.2. *Control por el personal de enfermería.*

6.3.2.1. Utilizando la misma hoja de evolución y control (anexo 3).

6.3.2.2. Según unas normas prefijadas.

6.3.3. *Control por la familia del enfermo diabético.*

Llegar a esto sería lo ideal, pero por las dificultades que entraña, lo consideramos utópico a corto plazo.

6.4. Establecimiento de un sistema de educación para la salud

6.4.1. *Dirigido al enfermo diabético.*

6.4.1.1. Individualmente: a través de la consulta ambulatoria, instruyéndole brevemente acerca de varios aspectos de interés de su enfermedad.

6.4.1.2. Colectivamente: a través de charlas periódicas, que contemplarían una serie de puntos concretos.

6.4.2. *Dirigido a la población en general.*

Por medio de charlas sobre prevención primaria de la diabetes, la obesidad y otros factores de riesgo.

6.5. Elaboración de indicadores para el diagnóstico de salud del área (ver anexo 5).

7. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

7.1. Detección de casos de diabetes

Se considerará diabético a un paciente cuando, según el método analítico de la glucosa oxidasa...

— la glucemia basal sea mayor de 125 mgr./100 ml.

— la glucemia basal esté entre 100 y 125 mgr./100 ml.;

pero presente una curva de glucemia patológica. Ver protocolo.

Esta detección se hará a través de:

7.1.1. *La consulta médica.*

7.1.1.1. Realización de la prueba de la tira de

orina a todo paciente mayor de 45 años.

7.1.1.1.1. Esta actividad se realizará por el personal de enfermería.

7.1.1.1.2. La petición se realizará en un P-10, dirigido al personal de enfermería.

7.1.1.1.3. Se determinará posteriormente el modelo de detección de glucosuria a utilizar.

7.1.1.1.4. Si aparece glucosuria, al paciente se le considerará diabético mientras no se demuestre lo contrario. Practicándosele glucemia basal para confirmación.

7.1.1.2. Realización de glucemia basal a todos los pacientes con historia clínica sugestiva de diabetes:

7.1.1.2.1. Se considera clínica sugestiva de diabetes cuando el paciente presente más de uno de los siguientes síntomas:

- Poliuria.
- Polidipsia.
- Astenia.
- Prurito (s./t. prurito vulvar en las mujeres).
- Astenia.
- Adelgazamiento.
- Polifagia.

7.1.1.2.2. Si la glucemia basal es mayor de 125 mgr./100 ml. se considerará diabético confirmado.

7.1.1.2.3. Si la glucemia basal está entre 100 y 125 mgr. se le realizará curva de glucemia.

7.2. Estudio de los casos detectados

7.3. Control y seguimiento de las personas incluidas en el subprograma de diabetes

7.3.1. *Control por el médico.*

7.3.1.1. Se considerarán incluidas dentro del subprograma de diabetes aquellas personas que:

7.3.1.1.1. Hayan sido confirmadas como diabéticos.

7.3.1.1.2. Hayan sido sometidos al estudio correspondiente y/o se encuentren bajo tratamiento y control por la unidad.

7.3.1.2. Se considerarán fuera del programa a aquellos pacientes que no reciban 2 controles sucesivos una vez compensados o 1 control antes de que su diabetes se compense.

7.3.1.3. Los controles se realizarán en:

7.3.1.3.1. La consulta ambulatoria (habitualmente).

7.3.1.3.2. Por visita domiciliaria: por imposibilidad física de que el paciente se desplace a la unidad, o por no haber acudido a 2 controles sucesivos.

7.3.1.4. Los controles se realizarán con la periodicidad siguiente:

7.3.1.4.1. Una vez por semana hasta conseguir la compensación de la diabetes.

7.3.1.4.2. Una vez cada 2 meses a partir de ese momento.

7.3.1.5. Se considera una diabetes compensada:

7.3.1.5.1. En el diabético que no precisa insulina: cuando el paciente no tiene glucosuria en ningún momento del día (utilizando tiras en orina), y cuando la glucemia basal no sobrepasa los 160 mgr./100 ml.

7.3.1.5.2. En el diabético que precisa insulina: cuando el paciente no presente una glucosuria en

24 h. mayor de 30 grs., no presente cetonuria (tiras de orina), que no presente a lo largo del día ningún síntoma de hipoglucemia (mareos, inquietud, sudoración profusa, etc.), que la glucosuria basal no pase de 200 mgr. y que la determinación ocasional del colesterol plasmático sea menor de 280 mgr.

7.3.2. Control por el personal de enfermería.

7.3.2.1. Cada control recogerá los siguientes datos:

- Temperatura.
- Tensión arterial.
- Realización de prueba de tira en orina.
- Recogida de síntomas de alarma o de descompensación.
- Control de la realización de la dieta y medicación.
- Pulso.

7.3.2.2. Se reflejarán en la hoja de seguimiento y control de la historia clínica (anexo 3).

7.3.2.3. Se hará con la siguiente periodicidad: 1 control mensual desde el momento de la compensación.

7.4. Educación para la salud de los enfermos diabéticos y para la población en general

7.4.1. Educación de los enfermos diabéticos.

7.4.1.1. individualmente: instruyéndole en la consulta ambulatoria, acerca de:

- ¿Qué es su enfermedad?
- ¿Lesiones y peligros que puede producir?
- ¿Qué tratamiento y cuidados precisa?
- ¿Cómo se controla?
- ¿Qué debe hacer para prevenir las complicaciones?
- ¿Qué debe hacer y a quién debe recurrir en casos de urgencia?

7.4.1.2. Colectivamente: las charlas para los diabéticos contemplarían los siguientes puntos:

- Concepto general de la enfermedad.
- Tipos de tratamiento: régimen de vida, dieta, a.o., insulina.
- Concepto de compensación.
- Métodos de control (tira en orina).
- Manejo de la insulina.
- Síntomas de alarma (ver protocolo - anexo 1).

— ¿Cuándo debe acudir al médico?: debe acudir al médico en los siguientes casos:

- Siempre que tenga fiebre.
 - Cuando presente resfriado de vías aéreas altas y otras viriasis.
 - Pequeñas heridas o infecciones de piel
 - Síndrome miccional.
 - Alteraciones visuales y conjuntivitis.
 - Gastroenteritis (náuseas, vómitos y/o diarrea).
 - Ante todo cambio desfavorable del estado general.
 - Cuando presente alteraciones tróficas de la piel.
 - Caries dental.
- Se le debe explicar lo que debe hacer en casos de urgencia.

7.5. Elaboración de los indicadores para el diagnóstico de salud del área.

8. EVALUACION

Al evaluar este subprograma nos encontramos con la falta de metas, debido a:

8.1. Falta de datos demográficos de ambas zonas.

8.2. Falta de datos sobre la magnitud del problema en el área de salud.

8.3. Tiempo limitado para realizar la experiencia debido a la normativa citada.

Por tanto la evaluación del programa se hará en base al cumplimiento de actividades parciales previamente prefijadas.

Con la evaluación así establecida se pretende corregir las posibles deficiencias del subprograma, recogiendo, tabulando y evaluando los datos derivados del mismo.

A pesar de todas estas limitaciones podemos establecer una meta parcial basada en estimaciones:

Partiendo de una prevalencia de un 3% de la población general, de diabetes, calculando una población aproximada para el Cabezo de Torres de unos 8.000 habitantes, pensamos que en el Cabezo de Torres deben existir unos 250 diabéticos en total. Se propone, al cabo del periodo de tiempo del subprograma, tener estudiados y controlados un 50% de estos pacientes, unos 125 enfermos; en teoría esta cifra corresponde a los diabéticos conocidos.

Este mismo criterio se podría aplicar a la población de Algezares, para una estimación similar.

BIBLIOGRAFIA - NOTAS

(1) WINTROBE y AL. HARRISON: *Medicina Interna*. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1973.

(2) PALACIOS, J. M. y AL.: *La Diabetes Mellitus*. Monografía Roche. Madrid, 1972.

(3) PALACIOS MATEOS, J. M.: *Endocrinología y Meteorismo en la práctica médica*. Págs. 833-899. Ed. Paz Montalva, 2.ª edic. Madrid, 1979.

(4) PALLARDO, L. F., y MATUTE, L. J.: *Rev. Clín. Esp.* 99.357. 1965.

(5) PLAN PILOTO DE BERRIZ. Comisión Provincial del Plan de Salud. Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya 1976-1980.

(6) RODRIGUEZ MIÑON y AL.: *Cahiers de Medicine (Europa Médica)*. 11: 787, 1970.

(7) El Programa de Salud de Diabetes en las U. D. de M. F. y C. de Murcia. *Bol. Salud. R. M.*, III, 60-68, 1983.

OTRA BIBLIOGRAFIA

• MONTORO MARIN, P.: *La dieta y la insulina*. Ed. 23-27. Murcia, 1978.

• SOCIEDAD ESPAÑOLA DIABETES. *Cartilla del Diabético*.

• Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Diabetes del Servicio de M. I. de la C. S. Virgen de la Arrixaca.

• CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. *Diabetes Sacarina*. 4-1978. Edic. Interamericana.

• Protocolo de la Diabetes Mellitus de la U. D. de M. F. y C. de Deusto. 1982.

• Protocolo de estudio y tratamiento de la Diabetes Mellitus del Servicio de Endocrinología del Centro Especial Ramón y Cajal.

• *Conozca su Diabetes*. EUNSA. Pamplona, 1981.

ANEXO 1 - ANVERSO

APELLIDOS: NOMBRE: H. C.

- ¿Se conocía diabético?
- ¿Cuándo se descubrió?
- ¿Motivo del diagnóstico?
- ¿DIABETICOS en la familia? (padres, hermanos...)
- MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL:
- INGRESOS HOSPITALARIOS: (por diabetes)
- Ant. de COMA CETOACIDOTICO:

- CAPTACION:
- TABACO:
- ALCOHOL:
- INGESTA DROGAS (esteroides, anovulatorios...):
- PESO: Actual Máximo
- ABORTOS:
- PESO de los hijos al nacer:

• • •

- POLIURIA (cuant.):
- POLIDIPSIA:
- POLIFAGIA:
- ASTENIA:
- ANOREXIA:
- PRURITO:
- MAREO:
- INFECCIONES URINARIAS:
- VEJIGA NEUROGENA:

- CLAUDICACION INTERMITENTE:
- ULCERAS EN PIERNAS:
- PARESTESIAS:
- IMPOTENCIA:
- BALANITIS:
- PRURITO VAGINAL:
- DEFECTOS DE VISION:
- ANGOR:
- Alt. en ritmo defecación:

• • •

- TRATAMIENTO ACTUAL:
- DIETA:
- ANTIDIABETICOS ORALES:
- INSULINA: ¿Quién le inyecta:
- ¿Alguna vez precisó insulina?
- ULTIMO CONTROL ANALITICO (fecha y resultados):
- AUTOCONTROLES:
- EJERCICIO FISICO (tipo de vida):
- HIGIENE (bucal, pies...):
- COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO (lipodistrofias, resistencia a la insulina?):
- ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD. Ambiente familiar:

ANEXO 1 - REVERSO

EXPLORACION EN LA 1.ª CONSULTA:

- INSPECCION DETALLADA DE LA PIEL:
- PESO: TALLA: T. A. decúbito: Tura:
- Bidepestaación:
- CABEZA. CUELLO:
- BOCA:
- A. C.: A. P.:
- ABDOMEN:
- PULSOS PERIFERICOS: pedios: radiales: tibiales:
- NEUROLOGIA:
- ROT:
- Sensibilidad: superficial:
- profunda:

• • •

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, A SOLICITAR EN LA PRIMERA CONSULTA:

- Hg — Glucemia basal — Anormales y sedimento:
- Hcto. — Urea
- Leucocitos — Acido úrico
- Fórmula: — Colesterol
- — Triglicéridos
- RX TORAX: — OTROS:
- ECG:
- FONDO DE OJO:

• • •

TRATAMIENTO INICIAL QUE SE PRESCRIBE: Fecha: Firma:

• • •

EDUCACION PARA LA SALUD INDIVIDUAL (consulta):

- Concepto de diabetes ¿qué es su enfermedad?
- Peligros, lesiones que puede producir
- Tratamiento y cuidados que requiere
- Cómo se controla. Síntomas de alarma
- Qué hacer en casos de Urgencia
- Cuándo acudir al médico

ANEXO 2. FICHA DE DETECCION Y CONFIRMACION

Anverso

Reverso

APELLIDOS: EDAD:
 NOMBRE: SEXO:
 DIRECCION:
 ZONA: MEDICO: HORA C.:

APELLIDOS: EDAD:
 NOMBRE: SEXO:
 DIRECCION:
 ZONA: MEDICO: HORA C.:

	1.º	2.º	3.º	Media
Fecha				
Lugar				
T.A. B.D.				
T.A. B.I.				
Glucosa				
FIRMA:				

	1.º	2.º	3.º	Media
Fecha				
Lugar				
T.A. B.D.				
T.A. B.I.				
Glucosa				
FIRMA:				

ANEXO 3. HOJA DE EVOLUCION Y CONTROL

APELLIDOS NOMBRE N.º H.ª C.

FECHA	(1)	/						
T.A.	(4)	/		/		/		/
Peso	(2)		/		/		/	
Pulso	(3)		/		/		/	
T.ª			/		/		/	
Síntomas Cardinales	(6)							
Hipoglucemia	(7)							
Otros sint. de alarma	(8) y (9)							
Ausc. cardíaca	(11)							
Ausc. pulmonar	(11)							
Exploración Neurológica	(11)							
Vasc. periférica	(11)							
Visión	(11)	/		/		/		/
F. de ojo	(12)		/		/		/	
Tt.º Dieta	(10)							
Tt.º Medicación	(10)							
LABSTIX	(13)							
G. basal	(14)	/		/		/		/
Curia 24 h.	(14)		/		/		/	
Rx tórax	(15)							
ECG	(16)							
Otros OBSERVACIONES	(17) y (5)							
Firma								

HOJA DE INSTRUCCIONES RELATIVA AL ANEXO 3 (Hoja de Evolución y Control)

(1) En la parte superior fecha de la consulta, y en parte inferior fecha de la próxima revisión.

(2) Peso/Talla (cada 6 meses).

(3) Temperatura axilar.

(4) Tensión Arterial: Sistólica/Diastólica.

(5) Enfermedades asociadas: las crónicas basta con anotarlas una vez. Se debe interrogar cuidadosamente y anotar procesos que para otros pacientes serían banales.

(6) Síntomas predominantes:

- Poliuria.
- Polidipsia.
- Astenia.
- Prurito (interrogar cuidadosamente, s/t. en mujeres - prurito vulvar).
- Adelgazamiento.
- Polifagia.
- Anorexia (menos frecuentes).

(7) Síntomas de Hipoglucemia:

• Pueden ser muy variados, simulando varios cuadros.

• Suele comenzar con una sensación vaga de malestar, ansiedad, pánico, inquietud y desconexión del ambiente.

- Sensación de hambre.
- Mareo.
- Marcha vacilante.
- Sudoración profusa y sofocación.
- Taquicardia (incluso palpitaciones).
- Somnolencia y reducción espontánea de la actividad habitual.

• Alteraciones insidiosas de la personalidad.

(8) Síntomas tardíos o complicaciones: (Ver protocolo págs. 10 y 11).

- Microangiopatía diabética.
- Lesiones cardiovasculares.
- Lesiones renales.
- Lesiones oculares.
- Lesiones neurológicas.
- Lesiones dérmicas.
- Otras lesiones (aparato respiratorio, digestivo y osteoarticular).

(9) Síntomas de alarma (cuadros de descompensación):

a) Acidosis y coma diabético:

— Inicialmente hay un agravamiento de los síntomas predominantes.

— Anorexia (muy importante ya que nos indica que el paciente está entrando en acidosis).

— Luego aparecen astenia, náuseas y vómitos y dolores generalizados.

— Si el cuadro progresa además aparece hiperpnea, hipotensión, taquicardia y alteraciones neurológicas (cefalea, somnolencia, agitación, etc.).

— Coma diabético: intensa deshidratación, hiperpnea con fetor cetónico, hipotermia y cuadro colapsal).

b) Coma hiperosmolar no cetoacidótico:

— Se suele presentar en personas mayores de 50 años, siendo en la mayoría de los casos la primera manifestación de la diabetes.

— El cuadro suele ser de instauración insidiosa (poliuria y polidipsia).

— Coma profundo con deshidratación intensa sin signos de acidosis.

— En la mayoría de ocasiones es indistinguible de un ictus (analítica).

(10) Tratamiento: Antidiabéticos orales o Insulina. Dosis. Tipo de dieta.

(11) Poner cambios respecto a la situación anterior (exploración física completa inicial). Si no hay cambios poner S. C.

Si se precisara un relato más largo o detallado hacer una llamada, que remita a una hoja habitual de evolución.

(12) El examen de fondo de ojo se realizará cada 6 meses.

Retinopatía d. grado I: Microaneurismas y pequeñas hemorragias.

Retinopatía d. grado II: Hemorragias y exudados alodinosos.

Retinopatía d. grado III: Retinopatía proliferante (neovascularización).

(13) Tira en orina: se realizará en cada revisión. Se anotarán sólo los hallazgos patológicos.

(14) Se realizarán de forma rutinaria en cada revisión en la consulta médica, es decir, cada 2 meses.

(15) La Rx de tórax se realizará anualmente.

(16) El E. C. G. se realizará cada 6 meses.

(17) Aquí se anotarán otros datos que se estimen de interés: complicaciones, enfermedades asociadas, otro tipo de analítica (hemograma, urea, ac. úrico, lípidos totales, colesterol, anormales y sedimento de orina), envío a especialista, etc.

ANEXO 4. CARNET DEL ENFERMO DIABETICO (de color amarillo en el original)

A N V E R S O

FECHA	T.A.	TRATAMIENTO	P.R.	OBSERVACIONES

APELLIDOS

NOMBRE

HISTORIA CLINICA

REVERSO

FECHA	T.A.	TRATAMIENTO	P.R.	OBSERVACIONES

ANEXO 5. CRITERIOS DE EVALUACION

1. Detección de casos de diabetes

1.1.:

$$\frac{\text{N.º de peticiones de determinación de glucosuria en población mayor de 45 años en consulta médica ambulatoria}}{\text{Población mayor de 45 años que acude a c. ambulatoria médica}} \quad 100$$

1.2.:

$$\frac{\text{N.º de glucosurias indicadas en c. médica ambulatoria}}{\text{N.º de glucosurias realizadas}} \quad 100$$

1.3.:

$$\frac{\text{N.º de indicaciones de determinación de glucosuria en población mayor de 45 a. en consulta de enfermería}}{\text{Población mayor de 45 años que acude a c. de enfermería}} \quad 100$$

1.4.:

$$\frac{\text{N.º de diabetes provisional detectadas}}{\text{N.º de glucosurias realizadas}} \quad 100$$

1.5.:

$$\frac{\text{N.º de diabetes provisionales que cumplen las normas de confirmación}}{\text{N.º de diabetes provisionales sometidas a confirmación}} \quad 100$$

1.6.:

$$\frac{\text{Diabetes confirmadas}}{\text{N.º de diabetes provisionales que cumplen las normas de confirmación}} \quad 100$$

1.7.:

$$\frac{\text{N.º de diabetes confirmadas conocidas}}{\text{Diabetes confirmadas}} \quad 100$$

1.8.:

$$\frac{\text{N.º de diabetes confirmadas y conocidas, sometidas a tto.}}{\text{N.º de diabetes confirmadas y conocidas}} \quad 100$$

1.9.:

$$\frac{\text{N.º de diabetes sometidas a tto. y controladas}}{\text{N.º de diabetes sometidas a tto.}} \quad 100$$

1.10:	N.º de diabetes declaradas por el paciente confirmadas	100
	N.º de diabetes declaradas por el paciente	
1.11.:	N.º de diabetes declaradas por el paciente no confirmada y en tto.	100
	N.º de diabetes declaradas por el paciente no confirmadas	

2. Estudio de los casos de diabetes confirmados

2.1.: Realizar mensualmente una evaluación cualitativa de historias clínicas de casos de diabetes confirmados.

2.2.: Número de remisiones de enfermos de diabetes a:

- Especialistas.
- C. S. Virgen de la Arrixaca.

2.3.:	N.º de diabetes confirmadas y estudiadas	100
	N.º de diabetes confirmadas	

3. Control y seguimiento

3.1.:	N.º de diabetes sometidas a programa	100
	N.º de diabetes confirmadas y estudiadas	

3.2.:	N.º de diabetes excluidas del programa	100
	N.º de diabetes sometidas a programa	

3.3.: Motivos de exclusión del programa:

- cambio de domicilio fuera del área
- no desea control en la unidad de MF y C
- fallecimiento
- desconocida

3.4.: Calidad de los controles realizados

Se realizará en la evaluación cualitativa de historias conjuntamente con el apartado 2.1.

3.5.:	Controles realizados sobre enfermos diabéticos sometidos a programa:	Ambulatorio	Domiciliario	Total
	Controles médicos			
	Controles de enfermería			

4. Educación para la salud

4.1.: N.º de charlas sobre diabetes a la población en general

4.2.: N.º de charlas a enfermos y familiares

ANEXO 6. HOJA DE DETECCION

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE
 SECTOR MEDICO PROGRAMA DE ATENCION DE

1			HISTOR. CLINICA	2	CONOCIDA 3	4	5	6	7	8	9	10	
IDENTIFICACION				FECHA								CONFIR- MACION	CONFIRM.
1.º APELLIDO	2.º APELLIDO	NOMBRE											

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA HOJA DE DETECCION

Variable 1.—Identificación:

Se utilizará preferentemente el número de la Historia Clínica, en caso de que no se conozca o no la posea se escribirá con letras de imprenta y mayúsculas el nombre y los dos apellidos.

Variable 2.—Fecha:

Se escribirá la fecha en que se le califica como diabetes provisional, día, mes y año.

Variable 3.—Conocida:

Hace referencia a quien se debe la calificación de diabetes provisional, y se rellena de la siguiente manera:

- Propio paciente P
- Médico sector M
- Enfermería E

Variable 4.—Confirmación:

Se inscribirán consecutivamente en cada una de las casillas los números o bien los símbolos siguientes, según sea la determinación que se realiza.

- Glucemia basal G
- Curva de glucemia CG

Variable 5.—Confirmada:

Hace referencia a si se ha llegado al diagnóstico de confirmación en conformidad con las pautas establecidas. Siempre se rellena por el médico.

- diagnóstico confirmado 1
- diagnóstico no confirmado 2

Variable 6.—Tratamiento.

Refleja si el paciente seguía algún tipo de tratamiento.

- seguía tratamiento 1
- no seguía tratamiento 2

Variable 7.—Controlada:

Indica si la diabetes del paciente estaba controlada antes de entrar en contacto con la unidad.

- estaba controlada 1
- no estaba controlada 2

Variable 8.—Estudio:

Hace referencia a si se ha realizado el estudio previsto en el protocolo.

- realizado 1
- no realizado 2

Variable 10.—Entrada programa:

Se rellena anotando la fecha en que terminado el estudio y puesto el tratamiento el individuo se incorpora al programa.

Variable 9.—Clasificación:

Pretende realizar una clasificación de acuerdo a los siguientes criterios:

- Diabetes tipo 1: Confirmada y desconocida.
- Diabetes tipo 2: Confirmada, conocida y sin tratamiento.
- Diabetes tipo 3: Confirmada, conocida, con tratamiento y no controlada.
- Diabetes tipo 4: Confirmada, conocida, con tratamiento y controlada.

ANEXO 7. HOJA DE SEGUIMIENTO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE

SECTOR MEDICO

PROGRAMA DE ATENCION DE

1 HISTOR. CLINICA				2 CLASIFIC.	3 ENTRADA PROGRAMA		4 SALIDA PROGRAMA		5 MOTIVO	6 FECHAS DE LOS CONTROLES SUCESIVOS									7 OBSERVA- CIONES	
										1	2	3	4	5	6	7	8	9		

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA HOJA DE SEGUIMIENTO

Variable 1.—Número de la historia clínica:
Utilizar las cuatro casillas para colocar el número de la historia.

Variable 2.—Clasificación:
Transcribir la clasificación que se reflejó en la hoja de detección.

Variable 3.—Entrada programa:
Poner consecutivamente el día, mes y año de entrada en el programa.

Variable 4.—Salida programa:
Reflejar el día, mes y año en que deja de estar incluido en el programa.

Variable 5.—Motivo:
Expresar el motivo de exclusión del programa según el siguiente código,

cambio de domicilio fuera del área 1
 no desea control en la unidad de MF y C 2
 fallecimiento 3
 desconocida 4

Variable 6.—Fechas de los controles sucesivos:
Cada casilla se encuentra dividida en dos partes. En el lugar superior izquierdo se coloca la fecha en que se le ha citado, y en el lugar inferior derecho se coloca la fecha del día que efectivamente ha venido.

Variable 7.—Observaciones:
Espacio para anotar cualquier dato que se considere de interés.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS. VALORACION DE RESULTADOS DE LA UNIDAD DE M. F. C. DE CABEZO DE TORRES

LUIS CARRILLO RAMIREZ**, GLORIA BAÑON ARIAS*, ISABEL RODENAS GARCIA**, MARIA DOLORES CALDERO BEA**, JUAN CANOVAS VALVERDE** y MANUEL SARMIENTO GALLEGO**

* Residente de 2.º año de Medicina Familiar y Comunitaria (C. S. Virgen de la Arrixaca, Murcia).

** Residentes de 3.º año de Medicina Familiar y Comunitaria (Unidad Docente de Medicina Familiar de Cabezo de Torres, Murcia)

INTRODUCCION

Tanto la Hipertensión Arterial como la Diabetes Mellitus son enfermedades con una elevada incidencia en la población y están consideradas entre los más importantes factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, conduciendo, en las personas que las padecen, a un proceso acelerado hacia el desarrollo de coronariopatías, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica y accidentes cerebrovasculares, así como de enfermedad microvascular manifestada en forma de nefropatía y retinopatía¹.

En un estudio reciente realizado en la Joslin Clinic¹, pudo demostrarse que la incidencia de hipertensión en la población diabética es mayor que en la no diabética y que, en el caso de mujeres y hombres mayores, era generalmente el doble que en la población normal. Por otra parte, hay estudios que ponen de manifiesto que el mantenimiento de presiones diastólicas por debajo de 90 mm. de Hg., reduciría el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionados con la hipertensión. Cabría pues suponer que podrían obtenerse similares resultados en pacientes diabéticos con hipertensión arterial.

En este estudio se valoran los resultados del tratamiento antihipertensivo aplicado a los pacientes diabéticos de las Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres y Algezares.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan 107 casos de pacientes diabéticos, seguidos en las Unidades de Medicina Familiar y Comunitaria de Cabezo de Torres y Algezares, buscando la frecuencia de hipertensión arterial, su tratamiento y control, así como la modificación de dicho tratamiento en presencia de insuficiencia renal. De cada caso se extraen los siguientes parámetros: edad, sexo, tipo de diabetes, hipertensión arterial (presencia, tipo, estadio evolutivo y control) y existencia de insuficiencia renal.

RESULTADOS

De los 107 pacientes diabéticos estudiados, 47 (43,92%) presentaban hipertensión arterial, confirmada con tres tomas separadas por una semana de intervalo.

La distribución por sexos era la siguiente: 33 mujeres (70,21%) y 14 hombres (29,97%); las edades estaban comprendidas entre 48 y 82 años.

Tres pacientes presentaban diabetes tipo 1 (Insulino-dependiente) y el resto, 44, diabetes tipo 2 (No insulino-dependiente).

Estos pacientes fueron sometidos al protocolo de estudio básico para descartar hipertensión secundaria, no encontrándose ningún caso. En el momento del estudio, 22 (46,81%) estaban en fase evolutiva I de la OMS (Hipertensión sin repercusión sobre órganos diana), 10 (21,02%) en fase II (repercusión asintomática) y 15 (31,09%) en fase III (repercusión sintomática). El tratamiento seguido en 46 de ellos (97,87%) ha sido uniforme atendiendo a las recomendaciones de la OMS para el tratamiento de la hipertensión: 1.º Diuréticos, 2.º Bloqueantes beta-adrenérgicos, o metildopa o reserpina, 3.º Vasodilatadores. Sólo un paciente estaba siendo tratado con un preparado comercial que asocia a dosis fijas varios antihipertensivos.

De estos pacientes, 42 (89,36%) mantenían cifras de tensión arterial por debajo de 140/90 mm. de Hg., con pequeñas variaciones en relación con la edad, y 4 (8,51%) mantenían cifras superiores.

Se encontraron sólo tres pacientes con insuficiencia renal determinadas por niveles séricos de Urea y Creatinina, estando tratados con dieta y diuréticos (clortalidona y asociación de hidroclorotiazida con amiloride).

DISCUSION

Los pacientes diabéticos estudiados en las unidades presentan un elevado porcentaje de hipertensión arterial (43,92%), lo que correspondería aproximadamente al doble de la incidencia de hipertensión en la población general, según datos estimados para nuestra región.

Se han obtenido buenos resultados siguiendo el esquema de tratamiento recomendado por la OMS (89,36% controlados); frente al 8,51% no controlados; no obstante, el tratamiento no se modificó en los pacientes con insuficiencia renal.

La presencia de complicaciones propias de la diabetes debería llamar la atención del médico a considerar su posible agravación por los efectos

indeseables de los fármacos antihipertensivos, valorándolos con detenimiento antes de su elección.

Los diuréticos podrían producir a largo plazo elevación de las cifras de glucemia, lo que obligaría a extremar la dieta y medicación hipoglucemiante e, incluso, a suspender el fármaco^{2,4,8}. En presencia de insuficiencia renal, las tiazidas y similares podrían ver disminuido su efecto, siendo preferible el uso de diuréticos de asa. En estos casos, además, el empleo de diuréticos de asa distal («ahorradores de potasio») debería de evitarse ante la posibilidad de hiperpotasemia⁶.

Los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden retardar la recuperación de una hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo I y enmascarar sus síntomas, por lo que su uso en pacientes con tendencia a la hipoglucemia o que tienen dificultades para reconocer sus síntomas, debería de evitarse. Esto es menos frecuente cuando se usan bloqueantes beta «cardioselectivos»: atenolol, metoprolol y acebutolol). Todos ellos pueden agravar una insuficiencia cardíaca preexistente y, más raramente, producir una diabetes franca en individuos con intolerancia hidrocarbonada previa anormal^{5,6,8,9}.

Los vasodilatadores que no actúan sobre el territorio venoso (Hidralazina y minoxidil), utilizados en pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica, pueden precipitar o agravar una angina y, en teoría, hasta un infarto de miocardio (raro). En estos casos, es preferible el uso de prazosin¹.

Tanto la metildopa como la clonidina pueden, aunque no es demasiado frecuente, producir hipotensión ortostática e impotencia. Ambas son más frecuentes cuando se utilizan guanetidina, betanidina y debrisoquina⁷. Hay poca experiencia con el captoril en el tratamiento de la hipertensión; en un reciente estudio se aconseja el uso de dosis bajas, entre 12,5-25 mg. cada 8 horas³.

CONCLUSIONES

1.—La elevada frecuencia de hipertensión arterial en la población diabética hace necesaria su detección temprana en orden a evitar sumación de riesgos.

2.—La hipertensión arterial en diabéticos debe someterse a estudio básico para descartar hipertensión secundaria, igual que en la población no diabética.

3.—Los pacientes deben tratarse, en principio, con arreglo a las recomendaciones de la OMS para el tratamiento de la hipertensión.

4.—La presencia de complicaciones propias de la diabetes debe hacernos reconsiderar el tratamiento, dada la frecuencia de efectos secundarios de los fármacos antihipertensivos que podrían agravarlas.

5.—Las medidas de educación sanitaria tendentes a un mayor autocontrol y responsabilidad del paciente sobre su enfermedad, el mantenimiento de medidas higiénico-dietéticas y la estrecha relación con el médico, son pilares básicos para el manejo de estas enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

1. CRISTLIEB, AR.: Treating Hypertension in the patient with Diabetes Mellitus. *Med. Clin. N. Am.*, 1982, 66, 1373-1388.
2. MURPHY, M.B. et al: Intolerancia a la glucosa en pacientes hipertensos tratados con diuréticos: un seguimiento de 14 años. *Lancet (Ed. español)*, 1983, 2: 255-258.
3. SMITH, A.M. et al: Dosis óptima de captopril en la hipertensión. *Lancet (Ed. España)*, 1983, 2: 381.
4. LUQUE OTERO, M. et al: Efecto de la terapéutica diurética sobre la tolerancia hidrocarbonada en la hipertensión arterial esencial. *Med. Clín.*, 1981, 77: 27-29.
5. SERRA COLL, J.: Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Jano*, 1978, 350 bis: 51-60.
6. BOTEY, A.; REVERT, L.: Bloqueadores beta-adrenérgicos en el tratamiento de la hipertensión. *Cardiov Rev & Rep*, 1980, 1: 69-75.
7. LAPORTE ROSELLO, J.R. et al: *Index Farmacologic 1980*. Academia de Ciéncies Mèdiques de Catalunya y Balears. Barcelona, 1980.
8. RAHN, K.A.: Frecuencia e importancia de los efectos colaterales de los antihipertensivos. *Cardiov Rev & Rep*, 1983, 4: 428-433.
9. SMITH, U.: Cambios en la respuesta a la hipoglucemia y en la capacidad física de trabajo en pacientes tratados con bloqueadores beta-adrenérgicos. *Cardiov Rev & Rep*, 1982, 3: 22-28.

Reseña de publicaciones sanitarias de la Región Murciana

Francisco VICTORIA JUMILLA y José Antonio RUBIO LÓPEZ (1982): *La gestión de los residuos sólidos en la región de Murcia*. Cuadernos de Territorio y Medio Ambiente, Consejería de Política e Infraestructura Territorial, Comunidad Autónoma de Murcia, 1982.

El tema de los residuos, en general, va a ser objeto de la próxima Ley Básica de Medio Ambiente, que todos esperamos que aparezca en el más breve plazo de tiempo posible y, ni qué decir tiene el enorme interés ecológico de la cuestión.

Han abundado y abundan las publicaciones sobre el tema genérico de: GESTION DE RESIDUOS SOLIDOS, tanto a nivel internacional, como a nivel nacional. Recientemente y por motivos obvios, son más numerosas a este último nivel. Sin embargo, faltaba en la Región de Murcia un estudio serio sobre este tema, que hiciera referencia a los aspectos gerenciales o de gestión y económicos, así como a los estrictamente técnicos de la citada problemática.

El estudio que comentamos resulta ser, tras su lectura, una excelente aportación a la problemática de los residuos sólidos (urbanos), considerando los aspectos ambientales en su globalidad y con una cuidada presentación, aunque con un tratamiento excesivamente tecnocrático y en muchos casos mimético.

El planteamiento del estudio merece especial interés, ya que se consideran áreas piloto, la hoy Mancomunidad de la Vega Media de la Región de Murcia, y conclusiones de indudable valor a nivel regional y a nivel municipal.

El estudio posee, asimismo, interés en algunos temas específicos, como la evaluación del impacto ambiental de los vertederos de residuos urbanos sólidos y refleja en otros aspectos la necesidad de una mayor profundización.: depuradoras de aguas residuales y vertidos salvajes. Contiene una aportación metodológica, en el último capítulo, que puede ser discutida desde el punto de vista estadístico, aunque añade poco al trabajo. Por último, se echa en falta la bibliografía de rigor. Se recomienda a técnicos municipales y regionales implicados en el medio ambiente a los que no haya que suponer ningún tipo de preocupación por la ecología o las ciencias ambientales.

Francisco VICTORIA JUMILLA (1983): *Contaminación y degradación del Mar Menor*. Cuadernos Populares 6, Serie Ecología. Editora Regional de Murcia, Consejería de Cultura y Educación. Murcia, 1983.

El ecosistema del Mar Menor, como laguna costera, es un caso peculiar en todo el litoral mediterráneo y ha sido sometido a diversos y múltiples estudios, científicos y técnicos, algunos de los cuales permanecen en el olvido y otros forman parte del patrimonio de las instancias decisorias y tecnocráticas de la Administración. En resumen, mucho se ha hecho, más se ha prometido y, en definitiva, poco ha tenido utilización práctica.

La idea de hacer un cuaderno de divulgación sobre la problemática ambiental y ecológica del Mar Menor resulta una idea prometedor, pero la *divulgación seria* necesita un riguroso conocimiento científico de los hechos y procesos que se intentan divulgar.

Estamos ante un trabajo meramente recopilativo de estudios técnicos y cuya vertiente divulgativa queda resumida a una serie de tópicos, que ya han sido más que divulgados en distintos medios de comunicación social y que sólo esperan la voluntad política de los administradores para enfrentarse a los mismos.

La simple lectura del índice del trabajo y de las consideraciones finales, constituye un claro ejemplo de lo dicho anteriormente.

Algo útil si es posible desprender de la lectura del trabajo que analizamos; en el tratamiento de los problemas ambientales es necesario tener un conocimiento profundo de la estructura, funcionamiento y dinámica de los ecosistemas implicados, al objeto de ir a soluciones profundas y de largo alcance. En caso contrario nos quedamos, simplemente, en darle unos años más de vida al paciente.

Por último, se echan en falta soluciones concretas a problemas concretos y sobran recetas a base de clichés estereotipados; por otra parte ¿no hubiera sido muy útil una bibliografía de consulta adecuada y actualizada? Haberla la hay.

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

I CURSO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Comisión de Médicos en Paro del Colegio Oficial de Médicos en colaboración con éste y con la Consejería de Sanidad ha organizado el I CURSO de A.P.S., para los días 16 de enero al 3 de febrero, en el Salón de Actos de la Consejería, con el siguiente programa:

Tema 1.—Modelos sanitarios y concepto de salud y enfermedad: evolución y situación actual.

Tema 2.—Atención primaria de salud.

Tema 3.—El centro de salud en el modelo sanitario: conceptos generales.

Tema 4.—Objetivos y ámbitos de actuación de los Centros de Salud.

Tema 5.—Actividades de los Centros de Salud.

Tema 6.—Unidades docentes de Medicina Familiar, Unidades básicas de Salud y CIAP.

Tema 7.—Organización y estructuración de las Unidades docentes.

Tema 8.—Sistemas de información.

Tema 9.—Establecimiento de prioridades.

Tema 10.—Programación en Asistencia Primaria.

Tema 11.—Programas en funcionamiento.

Tema 12.—Terapéutica en Atención Primaria.

Tema 13.—Aspectos de Prevención dependientes del Centro de Salud: Salud Escolar, Salud Laboral, Medioambiental, etc.

Tema 14.—Aspectos de prevención en la comunidad dependientes del centro de salud.

Tema 15.—Promoción de la salud: educación sanitaria.

Desarrollado por los doctores:

D.^a María Dolores CALDERO BEA.

Don Juan CANOVAS.

Don Luis CARRILLO.

Don Manuel SARMIENTO.

Don Angel FERNANDEZ NAFRIA

D.^a Elvira RAMOS GARCIA.

Don Eduardo ALBALADEJO MONREAL.

José María LOPEZ LOPEZ.

Pedro PARRA HIDALGO.

Pedro MARSET CAMPOS.

CURSOS DE INICIADOS EN ALIMENTACION Y NUTRICION

La Consejería de Sanidad, Seguridad Social y Consumo, dentro de la programación de tareas de Educación Sanitaria, organiza tres cursos de Iniciados en Alimentación y Nutrición, dirigido a personas que estén en posesión del Certificado de Graduado Escolar, Bachillerato Elemental o título de F.P.I o equivalente.

Los cursos tendrán una duración de tres meses, desarrollándose los lunes, miércoles y viernes desde el 16 de enero al 16 de abril de 1984, con una hora de duración, de 4 a 5, de 5 a 6 y de 6,30 a 7,30 respectivamente.

El programa constará de tres partes:

— Nutrición. Economía Doméstica. Higiene de la manipulación de alimentos.

Queda abierto el plazo de matrícula del 12 al 23 de diciembre de 1983.

III REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGIA

La Sociedad Española de Epidemiología celebra su III REUNION ANUAL en Murcia, en los días 17 y 18 de noviembre, con arreglo al siguiente programa científico:

PROGRAMA CIENTIFICO

DIA 17 DE NOVIEMBRE DE 1983

8,30 Recogida de documentación.

9,00 Inauguración de la Reunión por el Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales de Murcia: *Ilustrísimo Sr. D. José María Morales Meseguer*.

9,30 Mesa redonda sobre HEPATITIS VIRICAS.

Parte 1.^a

Moderador: *Dr. E. Nájera Morrondo*.

Ponentes: 1. *Dres. F. J. Catalá Villanueva, A. García Tardón*: «Morbilidad por hepatitis víricas». 2. *Dr. J. Mateos Jiménez*: «Marcadores de las hepatitis». 3. *Dra. N. Muñoz*: «Relaciones hepatitis cáncers».

Coloquio.

Parte 2.^a

Moderador: *Dr. E. Viviente López*.

Ponente: 1. *Dr. P. Martín Fontelos*: «Aspectos clínicos y epidemiológicos de las Hepatitis tipo A: a propósito de 190 casos». 2. *Dr. M. Bruguera*: «Epidemiología de la Hepatitis B en España». 3. *Doctor L. Pérez Alvarez*: «Hepatitis no A, no B». 4. *Dr. P. Jara*: «Inmunoglobulinas en hepatitis víricas».

Coloquio.

12,15 Conferencia: EPIDEMIOLOGIA DE LAS HEPATITIS VIRICAS. *Dr. James Maynard*, Center for Infectious Diseases del CDC de Atlanta.

13,30 Cóctel de bienvenida, ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento de Murcia.

16,00 Mesa redonda sobre VACUNACION FRENTE A LAS HEPATITIS VIRICAS.

Moderador: *Dr. A. Fernández Nafria*.

Ponentes: 1. *Dr. R. Nájera Morrondo*: «Desarrollo de las vacunas». 2. *Dr. V. Carreño García*: «Características de las vacunas frente al virus B de la hepatitis. Experiencia en España». 3. *Dr. E. Méndez*: «Programas de vacunación».

Coloquio.

18,00 Comunicaciones sobre las Hepatitis Víricas.

DIA 18 DE NOVIEMBRE DE 1983

9,00 Mesa redonda sobre DIABETES MELLITUS.

Moderador: *Dr. A. Oriol Bosch*.

Ponentes: 1. *Dr. R. Goberna*: «Métodos de detección de la Diabetes Mellitus». 2. *Dr. J. Zurro Hernández*: «Organización de campañas de detección de la Diabetes Mellitus». 3. *Dr. J. L. Useros Fernández*: «Epidemiología de la Diabetes Mellitus».

Coloquio.

11,00 Conferencia sobre REGISTRO NACIONAL DE DIABETES: Su utilización y valor en el desarrollo del cuidado de salud e investigación epidemiológica. *Dr. Aganoviz*, Director del Registro de Diabetes de Croacia, Yugoslavia.

12,00 Mesa redonda sobre PROBLEMAS EPIDEMIOLOGICOS URGENTES.

Moderador: *J. Clos*, Presidente SEE.

13,00 Comunicaciones sobre Diabetes y de tema libre.

16,00 Conferencia sobre PAPEL DEL DIABETICO EN EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD. *Dr. Gonzalo Lloveras*, Presidente del Consejo Asesor de la Diabetes en Cataluña.

17,00 Asamblea de Socios de la SEE.

19,30 Clausura por el Ministro de Sanidad y Consumo: *Excmo. Sr. Ernesto Lluch*.

21,30 Cena de clausura.

La reunión va a ser posible gracias a la colaboración de la Consejería de Sanidad, Universidad de Murcia, Colegio Oficial de Médicos, Ayuntamiento de Murcia, Caja de Ahorros Provincial de Murcia, Caja de Ahorros de Alicante y Murcia y así como también a la ayuda prestada por los laboratorios Lepetit, Llorente, Labaz, Abbot, Gayoso, Merck Sharp Dohme, Merck Igoda Berna, Leti.

Está publicado el libro de ponencias y comunicaciones. Los interesados pueden pedirlo a la Dra. Ramos García, Secretaria de Organización de la III REUNION ANUAL, en la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, Ronda de Levante, 11 - MURCIA.

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: 44 a 47 (del 30 octubre al 26 de noviembre 1983) y 44 a 47 (del 3 al 30 noviembre 1982)

COMARCAS	(1) n.º de hab.	Tasa de 1 caso por 100.000 hab.		Fiebre Tifoidea		Brucelosis		Infección meningocócica		Varicela		Sarampión		Gripe		Escarlatina		Tuberculosis pulmonar		Parotiditis		Toxiteria		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	1,5	1	3	4	0	1	0	47	0	46	0	98	522	0	0	0	0	1	5	70	2	0	1	4	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTIPLANO	45.970	2,2	2	0	1	1	0	1	10	5	246	0	129	283	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LORCA	110.866	0,9	1	0	4	3	0	1	5	5	14	0	329	714	0	1	4	0	0	152	10	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
CARTAGENA	238.201	0,4	0	1	1	1	4	0	4	7	103	0	910	1027	4	16	0	2	19	27	21	8	15	6	3	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MULLA	21.839	4,6	0	0	1	0	1	1	0	0	19	0	38	62	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ALCANTARILLA	41.265	2,4	1	0	0	0	1	3	0	4	70	0	136	477	0	0	1	0	8	8	10	5	1	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9	0	0
CIEZA	47.996	2,1	0	1	0	1	0	1	0	0	101	0	105	224	1	0	0	0	3	20	15	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	
MOLINA	76.645	1,3	1	5	0	0	0	0	4	1	240	1	497	798	10	0	0	0	36	25	27	6	1	2	8	6	2	0	0	0	0	2	1	0	0	3	8	0	0
FORTUNA/ABANILLA	26.327	3,8	0	0	0	0	0	0	2	19	1	0	118	315	0	0	0	0	14	1	17	5	0	0	0	1	5	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
MURCIA CAPITAL	284.585	0,4	4	8	2	2	4	6	23	56	293	2	1132	2781	2	2	2	2	42	31	53	30	5	5	10	17	15	5	0	1	3	7	29	4	16	17	2	3	
TOTAL REGION	965.215	0,1	10	18	13	8	11	13	95	97	1133	3	3492	7203	17	20	7	13	132	337	157	55	23	21	27	47	26	9	0	2	11	16	29	6	44	70	4	7	

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

SUSCRIPCION
AL BOLETIN
DE SALUD
MURCIANA



CONSEJERIA
DE SANIDAD
Y SEGURIDAD
SOCIAL