



Índice

Artículo:

Prevención del riesgo cardiovascular en la Región de Murcia: El abordaje desde Atención Primaria.

Noticias Breves:

- Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo.
- Tratamientos de deshabituación de tabaco en atención primaria.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semana 41 a 44 de 2005.

Prevención del riesgo cardiovascular en la Región de Murcia:

El abordaje desde Atención Primaria

Introducción

A pesar de que la incidencia de patología cardiovascular (CV) en el área mediterránea es baja constituye, con mucho, la primera causa de muerte en la Región de Murcia, tanto en hombres como en mujeres¹. Además, se observa una alta prevalencia de hábitos nocivos evitables en adultos como el tabaquismo y la dieta rica en grasas; y de factores de riesgo relacionados: hipertensión (HTA), hipercolesterolemia, obesidad y diabetes. Por ello ha figurado desde siempre en la Cartera de Servicios (CS) de Atención Primaria (AP) como actividad obligatoria y prioritaria².

La CS nace como catálogo de prestación de servicios recogiendo una parte importante de los procesos asistenciales y actividades de promoción, prevención y curación o seguimiento de patologías, fundamentalmente crónicas. Crea el concepto de "Normas Técnicas Mínimas" (NTM) entendidas como elementos de la atención mínimos, básicos, relevantes y de inexcusable cumplimiento para los

proveedores de los servicios². Ha sido elaborado y actualizado mediante técnicas de consenso basadas en criterios científico-técnicos, con implicación de los profesionales³. Tras las transferencias sanitarias el Servicio Murciano Salud (SMS) decidió ampliar su evaluación introduciendo la monitorización de indicadores de accesibilidad, proceso y resultado, entre ellos algunos relacionados con el riesgo cardiovascular.

El objetivo general de este estudio es conocer la actividad llevada a cabo por los profesionales de la Gerencia de AP de Murcia en prevención y control del riesgo CV, a través de indicadores de monitorización en CS enfocados en tres objetivos específicos (ver tabla 1).

Material y método

Diseñamos un estudio descriptivo en octubre de 2005 para los 44 Equipos de AP de la Gerencia de AP de Murcia, que atienden a 618.691 personas mayores de 14 años distribuidas en tres áreas de salud: 414.259 (67%) en el área I, 57.774 (9%) en el área IV y 146.658 (24%) en el área VI. De todas ellas, 439.417 (71%) poseen historia clínica informatizada. Para conocer la realización de actividades de detección (objetivo 1) empleamos una muestra aleatoria estratificada no proporcional por área de salud de 112 casos, a partir de las historias clínicas de los mayores de 14 años que figuran en la base de datos de tarjeta sanitaria

individual, que garantiza una confianza del 95% y precisión superior al 10%. La población con patología de riesgo CV sometida a actividades de seguimiento en nuestros equipos (objetivo 2) es obtenida a partir de los registros de morbilidad (informatizados o manuales, según localidad) existentes en CS. Por fin, las personas con diagnóstico de HTA correctamente seguidas y controladas (objetivo 3) son obtenidas mediante búsqueda automatizada en la totalidad de historias informatizadas. Las variables utilizadas son extraídas entre los indicadores de la CS vigente en el SMS⁴ (tabla 1) y presentados por Área de Salud. Investigamos también la influencia de la fuente de datos: manual o informatizada.

Resultados

Se realizó alguna actividad relacionada con la prevención primaria del riesgo CV en el 57,1% de los mayores de 14 años (tabla 2). De éstos más del 75% no tienen ninguna actividad pendiente en el momento de realización del estudio, según CS. Esta prevención parece realizarse más en el área VI, aunque las diferencias encontradas no son significativas.

El conocimiento y seguimiento de pacientes con patologías asociadas a riesgo CV no es uniforme, oscilando entre el 99,5% en el caso de la diabetes y el 13,1% en los obesos. Estas diferencias

Tabla 1. Indicadores utilizados en el estudio.

OBJETIVO	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
1 Conocer las actividades de detección precoz del riesgo CV realizadas en población general	1a Accesibilidad al servicio de prevención de riesgo CV	Proporción de personas mayores de 14 años en cuya historia existe constancia de haberse valorado al menos uno de los siguientes ítems en los últimos 5 años y a edades iguales o superiores a 14 años: peso y talla, hábitos tabáquico y alcohólico, TA y colesterol (éste último en varones 35-65 años).
	1b Exploración correcta del riesgo cardiovascular	Proporción de personas mayores de 14 años en cuya historia constan todas las determinaciones siguientes: - TA en los 2 últimos años para mayores de 40 años, o en los 3 últimos para menores de esta edad. - Peso, acompañado de alguna medición de talla realizada después de haber cumplido los 20 años, al menos una vez en los últimos 4 años. Determinaciones no exigidas a menores de 20 años. - Colesterol total en los últimos 6 años a los individuos varones de 35 a 65 años. Determinaciones no exigidas para mujeres o varones de menos de 35 ó más de 65 años.
2 Conocer la población con factores de riesgo CV seguidos	2a Hipertensos conocidos y seguidos	Proporción de personas incluidas en el registro (automatizado o manual) de HTA sobre el total de HTA que se espera existan (20% de la población mayor de 14 años que figura en la base de datos de TSI, según manual de cartera de servicios).
	2b Diabéticos conocidos y seguidos	Proporción de personas incluidas en el registro (automatizado o manual) de diabéticos sobre el total de diabéticos que se espera existan (6% de la población mayor de 14 años que figura en la base de datos de TSI, según manual de cartera de servicios).
	2c Dislipémicos conocidos y seguidos	Proporción de personas incluidas en el registro (automatizado o manual) de dislipémicos sobre el total de dislipémicos que se espera existan (20% de la población mayor de 14 años que figura en la base de datos de TSI, según manual de cartera de servicios).
	2d Obesos conocidos y seguidos	Proporción de personas incluidas en el registro (automatizado o manual) de obesos sobre el total de obesos que se espera existan (20%, según manual de cartera de servicios).
3 Conocer las personas con diagnóstico de HTA correctamente controladas	3a Personas con al menos 3 controles en el año	Proporción de la población diagnosticada de HTA que cuenta con historia informatizada donde consta correctamente codificada, al menos 3 veces en el año, la toma de TA.
	3b Personas con al menos 3 controles en el año, el último con TA<140/90	Proporción de la población diagnosticada de HTA que cuenta con historia informatizada donde constan correctamente codificada, al menos 3 veces en el año, la toma de TA y su último valor es <140/90.
	3c Personas con al menos una toma de TA<140/90 en el año	Proporción de la población diagnosticada de HTA que cuenta con historia informatizada al menos un valor de TA correctamente codificado e inferior a 140/90 durante 2005.

CV: cardiovascular. TA: Tensión arterial. HTA: Hipertensión arterial. TSI: tarjeta sanitaria individual.

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 41 a 44 (del 9 de octubre de 2005 al 5 de noviembre de 2005). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 41			Semana 42			Semana 43			Semana 44			Semanas 41 a 44		
	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana	2005	2004	Mediana
Gripe	187	373	380	279	431	431	242	453	500	265	495	495	973	1.752	1.752
Tuberculosis respiratoria	9	2	2	2	1	3	5	6	3	2	3	2	18	12	10
Legionelosis	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	2	1	2
Hepatitis A	1	1	0	4	2	0	3	0	1	2	0	1	10	3	2
Otras hepatitis viricas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0
Toxiinfecciones Alimen.	1	5	2	10	1	1	195	0	1	12	1	1	218	7	10
Varicela	22	18	17	26	11	16	25	24	29	40	34	32	113	87	87
Parotiditis	0	0	1	0	0	1	1	1	2	2	1	1	3	2	4
Otras Meningitis	0	2	1	2	2	0	3	4	1	9	1	1	14	9	4
Sífilis	0	0	1	0	1	1	2	0	0	2	2	0	4	3	3
Infección gonocócica	1	3	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	4	2
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual

Porcentaje de declaración (*)

Semanas 41 a 44 (del 9 de octubre de 2005 al 5 de noviembre de 2005).

Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración
Abanilla	6.145	100,00	Calasparra	9.674	96,43
Abarán	12.804	100,00	Campos del Río	2.052	100,00
Águilas	30.263	82,14	Caravaca de la Cruz	24.179	95,59
Albudeite	1.439	87,50	Cartagena	197.665	98,57
Alcantarilla	36.496	100,00	Cehegín	14.804	92,50
Aledo	1.062	50,00	Ceutí	8.343	100,00
Alguazas	7.561	100,00	Cieza	33.825	95,24
Alhama de Murcia	17.717	97,92	Fortuna	7.707	95,00
Archena	15.856	59,09	Fuente Álamo de Murcia	13.210	75,00
Beniel	9.420	75,00	Jumilla	23.958	87,50
Blanca	5.977	100,00	Librilla	4.088	100,00
Bullas	11.435	83,33	Lorca	84.245	80,91

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / (Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas)] x 100.



Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Esta Ley entró en vigor el 1 de enero de 2006. Su objetivo es evitar el inicio en el consumo de tabaco, particularmente entre los jóvenes, garantizar el derecho de los no fumadores a respirar aire no contaminado por el humo del tabaco y hacer más fácil el abandono de esta dependencia a las personas que lo deseen. La Ley está en consonancia con la ratificación española del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, un documento que ha sido suscrito ya por más de 100 países. En ella se establecen las limitaciones a la venta y suministro de los productos derivados del tabaco, a su consumo y a la publicidad, promoción y patrocinio. También tipifica las infracciones a esta normativa y las sanciones correspondientes a cada una de ellas. El grado máximo se impondrá cuando el perjudicado sea un menor de edad. La Ley contempla asimismo la creación de un Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. El observatorio para la Prevención del Tabaquismo se encuentra en la fase de propuesta de constitución. Éste cumplirá con la necesidad de contar con un instrumento de escala nacional que canalice de modo sinérgico las iniciativas, actuaciones, e investigaciones que se desarrollen en este ámbito.

El enlace a la Ley es <http://www.boe.es/g/es/bases datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2005/21261# analisis>

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 41 a 44 (del 9 de octubre de 2005 al 5 de noviembre de 2005) Distribución semanal

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2004)	501.903		333.828		154.042		68.641		56.946		179.334		1.294.694	
	Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.		Casos Acumul.	
Enfermedades														
Gripe	415	30.486	104	11.608	165	11.038	4	4.848	56	3.862	229	11.360	973	73.202
Tuberculosis respiratoria	5	62	5	53	6	25	0	4	0	9	2	26	18	179
Legionelosis	1	11	0	3	0	0	0	0	1	1	0	5	2	20
Hepatitis A	5	15	3	5	1	3	1	1	0	0	0	3	10	27
Otras hepatitis víricas	1	8	0	2	0	2	0	0	1	1	0	2	2	15
Toxiinfecciones-alimentarias	16	306	198	358	0	48	0	28	0	138	4	102	218	980
Varicela	59	1.179	15	572	10	1.251	4	227	20	271	5	444	113	3.944
Parotiditis	0	14	3	9	0	1	0	1	0	2	0	1	3	28
Otras meningitis	8	37	1	12	0	5	2	3	1	1	2	12	14	70
Sífilis	4	23	0	13	0	1	0	1	0	1	0	6	4	45
Infección gonocócica	1	4	1	8	0	3	0	0	0	3	0	3	2	21
Brucelosis	1	5	0	2	1	2	0	0	0	0	0	1	2	10

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Porcentaje de declaración ()*

Semanas 41 a 44 (del 9 de octubre de 2005 al 5 de noviembre de 2005).

Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2004)	% de declaración
Lorquí	6.115	100,00	Torre Pacheco	26.806	47,37
Mazarrón	26.122	100,00	Torres de Cotillas, Las	17.565	55,00
Molina de Segura	52.588	91,41	Totana	26.435	91,67
Moratalla	8.549	44,44	Ulea	989	50,00
Mula	15.592	84,62	Unión, La	15.287	97,50
Murcia	398.815	82,13	Villanueva del Río Segura	1.749	0,00
Ojós	601	0,00	Yecla	32.988	95,00
Pliego	3.507	100,00	Santomera	12.777	100,00
Puerto Lumbreras	12.037	92,50	Alcázares, Los	11.306	75,00
Ricote	1.509	25,00			
San Javier	24.686	100,00	Total Región	1.294.694	86,67
San Pedro del Pinatar	18.746	100,00			

() [Núm. partes de declaración numérica recibidos / (Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas)] x 100.*



Tratamientos de deshabituación de tabaco en atención primaria.

Se ha realizado una encuesta en 54 centros de salud de doce comunidades autónomas, en la tercera semana de enero de 2006. Se registran el número de fumadores que solicitan deshabituación e inician tratamiento. Los resultados indican que se ha atendido una tasa de 1,6 fumadores por médico de familia y semana. Representa un aumento próximo al 50% comparándolo con un estudio similar en la tercera semana de diciembre de 2005. Se estiman que se han atendido en el mes de enero unos 250.000 fumadores en atención primaria.

Fuente: Grupo de Atención del Tabaquismo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

son consistentes en todas las áreas de salud. La fuente de datos utilizada condiciona los resultados, sistemáticamente más elevados para los registros no informatizados.

En puntos dotados de historia informatizada, una tercera parte (33,5%) de los hipertensos conocidos son seguidos de forma al menos cuatrimestral, estando bien controlados 69% de ellos (23,1% del total). Un 31,7%, además, exhiben una cifra de tensión arterial adecuada, pero no son seguidos con la periodicidad exigida. El área de salud IV demuestra mejores resultados que el resto en los 3 indicadores utilizados.

Discusión

Mejorar los sistemas de información para conocer mejor los resultados epidemiológicos y de actividad asistencial en patología CV y profundizar en la detección precoz y control de pacientes con factores de riesgo son objetivos específicos del Plan de Salud vigente¹, cuya situación en AP revela este estudio.

Los resultados en actividades de detección sistemática superan los objetivos marcados por el SMS para 2005, fijados en un 50% para accesibilidad al servicio y en un 30% para el correcto seguimiento. Aunque el tamaño muestral no permite apreciar diferencias significativas entre estratos, el área VI ofrece estimaciones un 10% superiores al resto. De confirmarse, más estudios deberían indagar los motivos de ello para adoptarlos en el resto de áreas.

Las patologías de riesgo CV conocidas y seguidas desde AP no se distribuyen uniformemente. Seguimos a la práctica totalidad de diabéticos y sólo a un 13% de los obesos estimados, mientras que hipertensos y dislipémicos mantienen una situación intermedia. El sistema de registro empleado para ello condiciona los resultados. Es conocido que el uso

de historia informatizada suele implicar peores resultados que los registros manuales en AP, debido a su reciente introducción o al desconocimiento del uso adecuado del sistema por los profesionales, entre otras causas⁵. Debemos no obstante ser optimistas, pues la aplicación sistemática de estrategias de mejora es capaz de eliminar estas diferencias⁶. Igualmente se conoce que los registros manuales existentes en los equipos de atención primaria pueden tener problemas de fiabilidad por su difícil actualización, tendiendo al sobreregistro con el paso de los años, como parece suceder en el estudio.

Otro aspecto a discutir es la validez de la proporción de casos de estas patologías que debemos esperar existan en la población, fijado por CS⁴ desde la época del extinto INSALUD y actualmente en revisión. Así, es claro que la proporción de un 6% de diabéticos estipulada en CS es inferior a la real, ya que se alcanzan valores superiores a éste en ocasiones, sino porque diferentes estudios estiman más reales cotas cercanas al 11%. Esta misma reflexión puede extenderse al resto de patologías e implica resultados reales no tan buenos como los reflejados aquí. Valga como ejemplo que el resultado ofrecido sobre diabéticos conocidos y seguidos en el trabajo, un 99,5%, pasaría a ser de sólo el 54,3% actualizando la prevalencia de diabetes desde el 6% hasta la más real del 11%. Nos consta que este proceso de revisión se completará en breve.

En cuanto al seguimiento y control en las personas hipertensas, hemos de tener en cuenta que se ha medido sólo en historias informatizadas, con una calidad de registro actualmente mejorable⁵. Las cotas obtenidas pueden ser consideradas satisfactorias y sensibles a iniciativas de mejora, pues sobrepasan mediciones anteriores⁶ y alcanzan cotas mayores

donde la implantación del registro informático es superior (área IV). No obstante, los datos generales ofrecidos deben ser interpretados con cautela y no traducen una situación tan optimista como pudiera parecer. Efectivamente, si afirmamos que 10.980 sujetos con HTA están bien seguidos en el año (3 ó más controles) y mantienen cifras de tensión arterial controlada, esto supone el 23% de los HTA conocidos (tabla 2, indicador 3b), pero también es cierto que sólo es el 12,5% del total de HTA (conocidos o no) que teóricamente existen en la población. Queda mucho camino por recorrer.

Autores

López-Picazo Ferrer, Julio J; Lázaro Agustín, M Dolores; Sanz Mateo, Gonzalo R; Sánchez Ruiz, José F.

Bibliografía

¹Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud de la región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. www.murciasalud.es

²INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: Servicio de documentación y publicaciones del INS; 1995.

³Aguilera M, Madero R, Vega L et al. Cartera de servicios de atención primaria. Estudio de concordancia entre observadores. Madrid: Servicio de documentación y publicaciones del INS; 2000.

⁴López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004 del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2003.

⁵López-Picazo JJ, Sánchez Ruiz JF, Lázaro MD et al. Soplaré y soplaré, y tus registros derribaré. Reflexiones sobre la informatización en Atención Primaria. Rev Calidad Asistencial 2004; 19(Extr 1):31.

⁶López-Picazo JJ, Lázaro, MD, Sanz G et al. Podemos tener datos clínicos informatizados válidos en Atención Primaria usando ciclos de mejora: en Murcia lo hicimos. Rev Calidad Asistencial 2005; 20(Extr 1):25.

Tabla 2. Resultados principales del estudio

		GLOBAL			ÁREA I MURCIA			ÁREA IV NOROESTE			ÁREA VI VEGA DE SEGURA		
PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR													
	n	Fr (%)	IC 95%	n	Fr (%)	IC 95%	n	Fr (%)	IC 95%	n	Fr (%)	IC 95%	
Accesibilidad al servicio de prevención de riesgo CV	112	57,1	9,2	37	54,1	16,1	37	51,4	16,1	38	65,8	15,1	
Explotación correcta del riesgo CV	112	43,8	9,2	37	37,8	15,6	37	37,8	15,6	38	55,3	15,8	
PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONOCIDOS Y SEGUIDOS													
Porcentaje	en registro manual	en registro informatizado	en ambos registros	en registro manual	en registro informatizado	en ambos registros	en registro manual	en registro informatizado	en ambos registros	en registro manual	en registro informatizado	en ambos registros	
Hipertensos conocidos y seguidos	80,2	54,2	61,7	74,6	54,5	60,5	116,2	66,2	75,7	86,8	47,8	59,8	
Diabéticos conocidos y seguidos	142,5	82,0	99,5	139,8	83,4	100,2	182,5	100,8	116,3	140,3	69,1	91,0	
Dislipémicos conocidos y seguidos	40,5	41,5	41,2	33,4	41,7	39,2	48,6	47,9	48,0	57,8	37,9	44,0	
Obesos conocidos y seguidos	18,5	10,9	13,1	15,5	10,0	11,6	23,2	18,9	19,7	25,8	9,7	14,7	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PERSONAS CON EL FACTOR DE RIESGO HIPERTENSIÓN													
	HTA que cumplen la condición	HTA conocidos en historia informatizada	Porcentaje	HTA que cumplen la condición	HTA conocidos en historia informatizada	Porcentaje	HTA que cumplen la condición	HTA conocidos en historia informatizada	Porcentaje	HTA que cumplen la condición	HTA conocidos en historia informatizada	Porcentaje	
Personas con al menos 3 controles en el año	15.959	47.621	33,5	9.813	31.723	30,9	3.309	6.201	53,4	2.837	9.697	29,3	
Personas con al menos 3 controles en el año, el último con TA<140/90	10.980	47.621	23,1	6.725	31.723	21,2	2.415	6.201	38,9	1.840	9.697	19,0	
Personas con al menos una toma de TA<140/90 en el año	15.103	47.621	31,7	9.245	31.723	29,1	3.061	6.201	49,4	2.797	9.697	28,8	

CV: cardiovascular. TA: Tensión arterial. HTA: Hipertensión arterial. n: Tamaño muestral. Fr (%) Frecuencia relativa en porcentaje