



Tendencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia (1992-2002).

Introducción

La mortalidad atribuida a los factores de riesgo cardiovascular es el principal problema evitable de salud pública en España¹ y en la Región de Murcia. De hecho, considerando todas las edades, las enfermedades cardiovasculares son las responsables del 30,7% de las todas las muertes en la Región, seguidas de las neoplasias (28,8%) y las enfermedades respiratorias (13,0%), acentuándose el problema en las etapas avanzadas de la vida². En parte estas enfermedades son atribuibles a diversos factores: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes, aspectos genéticos, consumo de tabaco, vida sedentaria y dietas poco saludables. Cuantificar y analizar la tendencia de aquellos factores modificables, objetivo principal de este Boletín, supone una herramienta de gran utilidad desde el punto de vista de la salud pública, no sólo para conocer el estado general de la población, sino para diseñar programas de prevención y comprobar su efectividad.

Material y métodos

Una primera determinación se realizó en el año 1992, dentro del proyecto "Factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia". Se llevó a cabo un muestreo aleatorio y polietápico según área de salud, área de influencia (rural o urbano), grupos de edad y sexo. Se seleccionaron 5.087 personas (18-65 años) para una precisión deseada del 1,9%, un nivel de confianza del 95% y una prevalencia esperada del 50%. Se recogió información sobre antecedentes de

enfermedad cardiovascular, consumo habitual de tabaco y actividad física. Adicionalmente se obtuvieron: 1) la tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD); 2) el peso corporal y la altura, para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC); y 3) una extracción de sangre en ayuno de al menos 12 horas.

En el 2002 se realizó una segunda determinación englobada dentro del programa DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad). Para ello se seleccionaron 2.562 personas (≥ 20 años) mediante muestreo aleatorio estratificado por área de salud, edad, sexo y área de influencia. El tamaño muestral se estimó para una prevalencia esperada de diabetes del 10%, una precisión del 1,5% y un nivel de confianza del 95%. Los criterios para definir los factores de riesgo se describen en la Tabla 1. Se obtuvo la prevalencia para cada factor en las dos exploraciones (1992, rango 18-65 años; 2002, rango 20-65 años) y se compararon los valores mediante un test de comparación de proporciones independientes. Los cálculos se realizaron con el programa STATA (versión 7.0).

Resultados

La tasa de respuesta fue del 61% y 82% para las variables de cuestionario, y del 42% y 61% para la extracción de sangre, para los estudios de 1992 y 2002, respectivamente. Considerando un exceso de peso como un $IMC \geq 25$ observa-

mos que era uno de los factores de riesgo más prevalentes en la población de 1992, y que lo sigue siendo en la actualidad, tanto en varones como en mujeres, y que además no ha mostrado cambios significativos en el periodo de estudio (Tabla 1). En concreto, alrededor del 60% de la población presenta algún grado de exceso de peso. Por otro lado, resalta la alta prevalencia de hipercolesterolemia, que ha experimentado un aumento muy significativo en la última década, tanto en la población general como en hombres y mujeres por separado. También destaca el aumento significativo en la prevalencia de HDL de riesgo en la población masculina, sin que se observen variaciones en las mujeres.

Por el contrario, en la población general, existen factores de riesgo que han disminuido en el periodo estudiado, como son el consumo de tabaco, la hipertensión y la ausencia de actividad física deportiva. En referencia al primero, el descenso se puede atribuir exclusivamente al menor consumo de tabaco por parte de los hombres. En cuanto a la actividad física deportiva, ha aumentado tanto el porcentaje de personas que realizan dos o más horas de deporte semanales, como aquellas que realizan menos de dos horas, traduciéndose en un descenso global del porcentaje de personas que no desempeñan ninguna actividad física deportiva (Figura 1). El aumento en la actividad física ha sido registrado en ambos

Tabla 1. Tendencia en la prevalencia (%) de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia en el periodo 1992-2002

FACTOR DE RIESGO	VARONES			MUJERES			AMBOS SEXOS		
	1992	2002	p	1992	2002	p	1992	2002	p
Obesidad ¹	17,3	21,1	*	23,7	18,2	**	20,5	19,6	ns
Sobrepeso+Obesidad ²	67,0	71,4	*	56,0	49,8	**	61,4	59,9	ns
Consumo de tabaco ³	54,4	40,6	**	31,3	33,6	ns	42,8	37,1	**
Hipercolesterolemia ⁴	42,8	54,2	**	36,1	48,8	**	39,5	51,3	**
HDL colesterol de riesgo ⁵	7,8	14,5	**	7,0	6,1	ns	7,4	10,0	**
Actividad física deportiva ⁶	23,1	36,7	**	12,5	22,1	**	17,8	29,3	**
Hipertensión ⁷	32,3	31,3	ns	23,7	17,0	**	28,0	23,7	**

¹IMC ≥ 30 ; ²IMC ≥ 25 ; ³ ≥ 1 cigarrillo diario; ⁴Colesterol total ≥ 200 mg/dl; ⁵ < 39 mg/dl en hombres y < 43 mg/dl en mujeres; ⁶Actividad física deportiva (≥ 6 Equivalentes de Metabolismo BASAL METs) realizada 2 o más horas semanales; ⁷TAD ≥ 90 mmHg o TAS ≥ 140 mmHg o tratada con drogas. p = nivel de significación: *p $< 0,05$; **p $< 0,01$; ns = no significativo (p $> 0,05$).

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 49 a 52 (del 30 de noviembre de 2003 al 27 de diciembre de 2003). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados									Casos acumulados					
	Semana 49			Semana 50			Semana 51			Semana 52			Semanas 49 a 52		
	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana
Gripe	3.131	797	929	2.765	1.031	1.453	1.929	1.311	1.484	1.400	1.332	1.689	9.225	4.471	5.555
Tuberculosis respiratoria	0	3	1	3	3	2	4	4	4	2	5	3	9	15	7
Otras tuberculosis	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	1
Legionelosis	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	2
Hepatitis B	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Toxiinfecciones Alimen.	8	10	6	2	0	1	0	5	1	1	0	0	11	15	10
Varicela	159	60	79	143	73	107	118	71	73	119	37	69	539	241	330
Rubéola	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Parotiditis	0	0	1	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1	5	3
Enfermedad Meningocócica	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	1	3
Otras Meningitis	3	2	2	0	2	1	0	0	0	1	1	1	4	5	5
Sífilis	0	1	0	2	2	1	1	0	1	0	0	0	3	3	3
Infección gonocócica	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	1

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

**Porcentaje de declaración (*)
Semanas 49 a 52 (del 30 de noviembre de 2003 al 27 de diciembre de 2003)**

Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración
Abanilla	6.040	100,00	Calasparra	9.239	100,00
Abarán	12.632	100,00	Campos del Río	2.051	100,00
Águilas	28.888	94,74	Caravaca de la Cruz	23.362	91,67
Albudeite	1.360	100,00	Cartagena	188.003	95,33
Alcantarilla	34.997	100,00	Cehegín	14.502	91,67
Aledo	1.029	62,50	Ceutí	7.891	100,00
Alguazas	7.281	75,00	Cieza	33.223	75,00
Alhama de Murcia	16.682	90,91	Fortuna	7.194	100,00
Archena	15.375	30,00	Fuente Álamo de Murcia	11.866	100,00
Beniel	8.962	100,00	Jumilla	22.968	79,17
Blanca	5.841	100,00	Librilla	3.997	100,00
Bullas	11.164	71,43	Lorca	79.481	81,48

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



Están disponibles en www.murciasalud.es las publicaciones **Estadísticas Básicas del Registro de Cáncer de Murcia. Años 1993-1996** y **Epidemiología del infarto agudo de miocardio en la Región de Murcia: Estudio IBERICA** editadas por la Consejería de Sanidad.

En la publicación sobre estadísticas del Registro de Cáncer se presentan datos sobre incidencia de cáncer en la Región de Murcia, con una sección específica sobre tumores infantiles. Contiene estadísticas sobre asistencia sanitaria, por área de salud y municipios, y un apartado sobre morfología e indicadores de control de calidad. Asimismo se presenta un conjunto novedoso de gráficos comparativos de la incidencia de cáncer en Murcia con otros registros españoles y los máximos y mínimos mundiales y europeos.

En la monografía sobre Epidemiología del infarto agudo de miocardio se presentan las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad por infarto en la Región de Murcia durante el periodo 1997-1998, así como, los principales rasgos de su atención sanitaria. Los datos aquí presentados pueden colaborar a ampliar la panorámica dibujada por el estudio MONICA al utilizar su misma metodología en un entorno geográfico y temporal distinto.

Se pueden descargar en pdf de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42258-REGISTRO_CANCER.PDF y web: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42350-MONOGRAFIA_IBERICA.PDF o solicitarlas por correo-e a epidemiologia@listas.carm.es.

**Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Semanas 49 a 52 (del 30 de noviembre de 2003 al 27 de diciembre de 2003). Distribución semanal**

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2002)	476.355		311.720		146.169		66.867		54.684		171.198		1.226.993	
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.
Enfermedades														
Gripe	4.435	30.044	1.242	8.259	995	10.577	438	3.455	524	3.078	1.591	10.807	9.225	66.220
Tuberculosis respiratoria	3	51	4	52	0	20	0	9	0	1	2	24	9	157
Otras tuberculosis	1	12	0	12	0	3	0	0	0	0	0	3	1	30
Legionelosis	0	6	1	4	0	1	0	0	0	0	0	5	1	16
Hepatitis B	1	8	1	9	0	3	0	0	0	0	0	3	2	23
Toxiinfecciones Alimentarias	1	195	1	78	3	21	0	307	0	2	6	46	11	649
Varicela	286	2.256	91	1.884	77	1.383	2	42	26	1.019	57	701	539	7.285
Rubéola	1	3	0	2	0	3	0	0	0	1	0	0	1	9
Parotiditis	1	24	0	9	0	2	0	0	0	6	0	4	1	45
Enfermedad Meningocócica	0	8	1	8	0	4	0	1	1	2	0	2	2	25
Otras meningitis	1	36	2	25	1	3	0	3	0	0	0	5	4	72
Sífilis	3	18	0	6	0	3	0	0	0	1	0	5	3	33
Infección gonocócica	1	5	1	10	0	0	0	0	0	0	1	3	3	18

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

En el año 2003 el número de semanas epidemiológicas es de 53. En la semana 53 de 2003 se han declarado: 1183 casos de gripe, 2 casos de tuberculosis respiratoria, 1 caso de toxiinfección alimentaria, 146 casos de varicela y 2 casos de otras meningitis.

Porcentaje de declaración (*)

Semanas 49 a 52 (del 30 de noviembre de 2003 al 27 de diciembre de 2003)..

Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración
Lorquí	5.883	100,00	Torre Pacheco	25.721	35,94
Mazarrón	23.025	100,00	Torres de Cotillas, Las	16.695	47,22
Molina de Segura	48.421	61,11	Totana	25.332	95,31
Moratala	8.600	66,67	Ulea	999	50,00
Mula	14.870	97,50	Unión, La	14.965	100,00
Murcia	377.888	73,31	Villanueva del Río Segura	1.580	25,00
Ojós	574	12,50	Yecla	31.716	91,67
Pliego	3.417	100,00	Santomera	12.131	100,00
Puerto Lumbreras	11.439	69,44	Alcázares, Los	9.159	80,00
Ricote	1.569	37,50			
San Javier	21.782	100,00	Total Región	1.226.993	81,89
San Pedro del Pinatar	17.199	100,00			

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



Sistema de Información sobre Toxicomanías en la Región de Murcia

Las demandas de tratamiento por consumo de cocaína en el año 2001, y las urgencias relacionadas con este consumo están aumentando en la Región de Murcia.

Los pacientes que acuden por primera vez a los centros de tratamiento por consumo de cocaína ha sido del 50,6%. Esta sustancia es responsable de las urgencias en el 45,4% de los episodios hospitalarios. Además, en el 41,6% de los fallecidos por Reacción aguda a sustancias psicoactivas se ha encontrado en el análisis toxicológico, cocaína o metabolitos de ésta.

La tasa global regional de admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas, excepto alcohol fue de 111,2 casos por 100.000 habitantes en el año 2001, siendo el Area de Salud II la que tiene una mayor tasa en la Región.

Las drogas secundarias más consumidas en los 30 días anteriores al tratamiento, por orden de frecuencia, han sido: Cannabis (55,8%), alcohol (42,4%), cocaína (28,1%) e hipnóticos/sedantes (11%).

El Sistema de Información sobre Toxicomanías recoge información de tres indicadores indirectos del consumo de sustancias psicoactivas: el Indicador Tratamiento, el Indicador Urgencias y el Indicador Mortalidad.

Correa J.F. Rodríguez M. y Navarro C. Sistema de Información sobre Toxicomanías de la Región de Murcia. 1999, 2000 y 2001, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, Serie Informes n.º 35, Año 2003.

sexos. Por otra parte, el descenso en la prevalencia de hipertensión arterial en la población general se debe concretamente a las mujeres, puesto que en los hombres no hay cambios significativos. En la Figura 2 se puede observar cómo desciende la prevalencia de hipertensos no tratados en favor de aquellos tratados, tanto controlados como sin controlar.

Discusión

La prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular ha experimentado cambios importantes en la última década, generalmente hacia niveles más saludables. Esto es especialmente destacable en mujeres, exceptuando el consumo de tabaco. En hombres, el problema más importante es el exceso de peso, ya que más del 70 % de ellos lo padece.

Los resultados obtenidos sobre prevalencia de obesidad (IMC \geq 30; 21 % en hombres y 18 % en mujeres) sitúan a la Región de Murcia en una situación similar a la descrita en Andalucía (19% en hombres y mujeres) y Galicia (19% en hombres y 22% en mujeres) y por encima de los resultados obtenidos en las áreas del País Vasco (12% en hombres y 17% en mujeres), Cataluña (9% en hombres y 14% en mujeres), Madrid (9% en hombres y 14% en mujeres) y Comunidad Valenciana-Baleares (13% en hombres y 16% en mujeres)³. Por tanto, excepto en el caso de Galicia, hay un claro gradiente Norte-Sur o de desarrollo industrial y urbano. Algunos autores han atribuido la obesidad en la población española, en gran parte a los factores dependientes del gasto energético. Por un lado, estaría el aumento del tiempo

libre y, por lo tanto, de actividades sedentarias relacionadas con la televisión, ordenador y medios de comunicación, y por otro, el descenso de actividad física en el trabajo. Esto podría explicar la paradoja observada en nuestros resultados, donde un aumento en la actividad física deportiva no ha conseguido disminuir el exceso de peso. La actividad ocupacional podría jugar un papel decisivo, puesto que actualmente más del 80% de la población desarrolla un trabajo sedentario o ligero (Figura 3). Por otra parte, la alta prevalencia de hipercolesterolemia en ambos sexos podría deberse a un patrón dietético inadecuado, rico en grasas saturadas –principal precursor del colesterol– y exceso de energía. En este sentido, el estudio DINO reveló que más del 60 % de la población consume productos lácteos con una frecuencia igual o superior a 2-3 veces al día, y más del 68 % carnes rojas con una frecuencia igual o superior a 2-4 veces/semana. En referencia a la hipertensión, los resultados sugieren que los esfuerzos deberían ir dirigidos hacia un mejor grado de control. La pérdida de peso, el ejercicio físico regular, una dieta baja en sodio y rica en potasio, y evitar el consumo excesivo de alcohol representan cuatro pilares, distintos al tratamiento farmacológico, que han mostrado su efecto beneficioso sobre las cifras de tensión arterial en diversos estudios. Por todo ello, considerando el impacto de todos estos factores sobre la salud pública, surge la necesidad de diseñar estrategias de prevención y tratamiento, especialmente en el ámbito del sobrepeso y la obesidad.

Figura 1. Tendencia en la prevalencia de actividad física deportiva (≥ 6 METs) en la población adulta de la Región de Murcia entre 1992 y 2002. *($p < 0,05$).

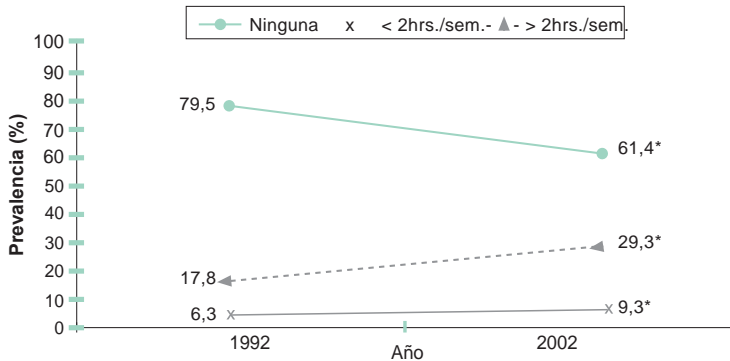


Figura 2. Tendencia en la prevalencia del grado de tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población adulta de la Región de Murcia entre 1992 y 2002. Se consideró hipertensión controlada aquella con tratamiento farmacológico y con TAS $<$ 160 mmHg y TAD $<$ 95 mmHg. *($p < 0,05$).

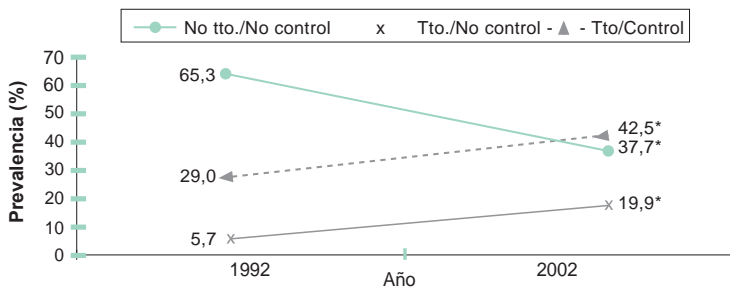
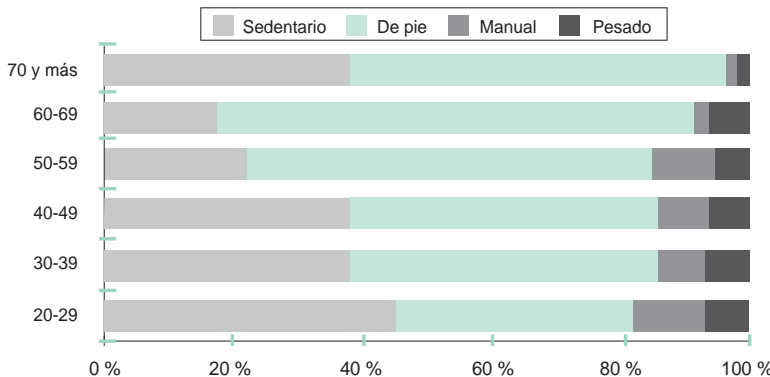


Figura 3. Actividad física laboral (%) según grupos de edad en el proyecto DINO



Bibliografía

- 1.-Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar F, Herruzo R. Mortality attributable to cardiovascular risk factor in Spain. Eur J Clin Nutr 2003; 57 Suppl 1:S18-21.
- 2.-Cirera LI. Mortalidad en la Región de Murcia. Año 2000. Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia 2003; 24 (640): 1-4.
- 3.-Aranceta J, Pérez C, Serra LI, Ribas L, Quiles J, Vioque J et al y Grupo Colaborativo Español para el Estudio de la Obesidad. Prevalencia de la obesidad en España: estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc) 2003; 120: 608-12.

Autores

Jesús Cerezo Valverde¹, M^a José Tormo Díaz¹, Miguel Rodríguez Barranco¹, Juan Ortolá Devesa², M^a Dolores Chirlaque López¹, Carmen Navarro Sánchez¹.
¹Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad, Murcia.
²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Morales Meseguer, Murcia

Agradecimientos

Fondo de Investigaciones Sanitarias: Exp. 92/0902 y 01/0711

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: Servicio de EPIDEMIOLOGÍA
Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad
Ronda de Levante, 11. MURCIA 30008 (Correo electrónico: bolepi@carm.es)