



## Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con Incontinencia Urinaria en Atención Primaria.

### Introducción

La Incontinencia Urinaria es un síntoma o condición, consistente en la pérdida involuntaria de orina y que constituye un problema social para la persona que lo sufre, reflejando en la actualidad un problema importante de salud en sus aspectos médicos, sociales y económicos, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen. Este problema se presenta más en las mujeres durante la postmenopausia, aumentando su prevalencia con la edad, afectando al 40% de los ancianos<sup>1</sup>. La incontinencia de esfuerzo es la más frecuente en mujeres jóvenes y al aumentar la edad se incrementa la incontinencia de urgencia, no obstante la incontinencia mixta pasa a ser el tipo más frecuente en las personas mayores<sup>2</sup>.

En mujeres aumenta la incidencia con la edad, número de hijos y la menopausia<sup>3</sup>. En varones suele tener relación con patología prostática. En ambos sexos suele verse influenciada por la presencia de diabetes, patología neurológica (ACV, Parkinson, demencia, hidrocefalia y tumores), intervenciones en zona pélvica o abdominal, utilización de algún tipo de fármaco (medicaciones neuropsiquiátricas, betaestimulantes, bloqueadores alfa), fecalomas, imposibilidad de movilización oportuna y radioterapia<sup>4</sup>.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), entendida como un

resumen de características relacionadas con el bienestar y la capacidad de actuación de las personas afectadas por un determinado problema de salud, supone la capacidad del individuo para lograr sus objetivos y llevar a cabo su "proyecto vital". El bienestar y la capacidad de actuación son fenómenos, ante todo, valorables por el propio enfermo que es quien los vive y no para quien desde fuera los contempla (en este caso los profesionales sanitarios)<sup>5</sup>. Esto convierte a la medición del estado de salud o de la percepción de la calidad de vida en una novedosa tecnología comunicativa que toma en cuenta el punto de vista del paciente en el proceso terapéutico.

La Incontinencia Urinaria tiene un efecto notable sobre la calidad de vida de los individuos afectados, de forma que el 60% se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas. Un 60% de las mujeres afectadas evitan alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza transporte público y un 50% rechaza la actividad sexual, teniendo mayor predisposición a problemas emocionales y al aislamiento social<sup>6</sup>. A pesar del problema que reflejan estos datos, sólo el 6% de los individuos con incontinencia moderada o grave reciben algún tipo de asesoramiento y asistencia médica, al ser una patología mal conocida y escasamente abordada desde atención primaria, interrogando poco sobre ella, no llegando a un diagnóstico etiológico y ofreciéndose a veces sólo medidas paliativas como el uso de pañales<sup>7</sup>.

Hasta un 50% de los pacientes no consultan al médico a pesar de experimentar la incontinencia como un problema. Las razones por las que no buscan atención médica son

variadas. Unos pueden aceptar su situación y aprender a vivir con su sufrimiento formando parte de su vida cotidiana, pero otra gran parte de estos pacientes creen que es un problema sin tratamiento o que existe un conocimiento poco preciso del mismo por parte del personal médico<sup>8</sup>. Por otro lado existen tratamientos, como el propuesto en este estudio, eficaces en la incontinencia de urgencia.

### Objetivos

El objetivo principal es valorar la calidad de vida de los pacientes con incontinencia urinaria tratados en consulta de atención primaria. Como objetivos secundarios pretendemos analizar los factores asociados y las enfermedades concomitantes de los pacientes que presentan incontinencia urinaria<sup>9</sup>.

### Material y método

Los pacientes con incontinencia urinaria son referidos por todos los facultativos del EAP (Equipo de Atención Primaria) al coordinador responsable del programa, a través de cita específica, donde se valora la historia clínica, se rellenan los cuestionarios (I-QoL sobre incontinencia\*, SF-12 de calidad de vida y EVA sobre el estado de salud), se procede al diagnóstico siguiendo los protocolos de actuación en urología para atención primaria de Castro y colaboradores<sup>10</sup>, derivando a aquellos pacientes con problemas complejos y varones en los que sea preciso realizar un diagnóstico etiológico. Finalmente se establece el plan terapéutico y se propone cita de control y seguimiento.

**Diseño del estudio:** estudio naturalístico, longitudinal, abierto, no controlado, con análisis antes-

\* Adaptado de Wagner et al (1996)

después de la calidad de vida de los pacientes captados en el programa de incontinencia urinaria.

**Centro participante:** Centro de Salud de Alguazas. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

**Número de participantes:** 52 pacientes que presentaban incontinencia urinaria y que cumplen los criterios de inclusión.

**Selección de pacientes.** Criterios de elegibilidad: se han incluido consecutivamente todos los pacientes remitidos al programa de incontinencia urinaria y que aceptan participar en el estudio. Como criterios de inclusión: mayores de 18 años, que presentaban algún grado de incontinencia de urgencia o mixta, aceptaron participar en el estudio y dieron su consentimiento oral.

Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban incontinencia de esfuerzo o intolerancia a tolterodina (antagonista de los receptores colinérgicos, que inhibe las contracciones del músculo detrusor de la vejiga urinaria).

Las reacciones adversas de tolterodina son efectos anticolinérgicos leves o moderados, como sequedad de boca, dispepsia y disminución de la secreción lagrimal. Tolterodina está contraindicado en pacientes con retención urinaria, glaucoma de ángulo estrecho no controlado, miastenia gravis, colitis ulcerosa severa, megacolon tóxico o hipersensibilidad conocida al producto o excipientes.

**Duración del estudio:** Realizado de enero a octubre de 2002, la duración total del estudio por paciente ha sido de 12 semanas, con 3 visitas para cada uno de los pacientes desde la visita inicial, siguiendo con una visita a las 4 semanas y otra a la finalización del estudio.

**Justificación del tamaño de la muestra:** al tratarse de un estudio cualitativo en el que pretendíamos que existiera al menos un 20% de mejoría en la percepción de la Calidad de Vida Relacionada con su problema de incontinencia y, por otra parte, desconociendo la prevalencia en nuestra Zona de

Tabla 1. Esquema general del estudio.

Visitas	Basal	4 semanas	12 semanas
Datos sociodemográficos	X		
Historia clínica	X		
Exploración física	X	X	X
Análítica de sangre y orina	X		X
Tratamientos intercurrentes	X	X	X
Cuestionario IQoL de incontinencia urinaria	X		X
Cuestionario de Calidad de Vida SF-12	X		X
Escala Visual Analógica de estado de salud	X	X	X
Intervención: tolterodina y educación sanitaria	X	X	X
Tolerancia y acontecimientos adversos		X	X

Salud, estimamos una muestra de 50 pacientes ( $\alpha=0,05$  y  $\beta=0,20$ ), pero que inicialmente incrementamos hasta 63 pacientes previendo que se pudieran producir un 20% de abandonos.

**Parámetros y variables a evaluar:**

- Datos sociodemográficos.
- Historia clínica: enfermedades concomitantes, tratamientos intercurrentes, exploración física y analítica de sangre y orina.
- Exploración de la Calidad de Vida mediante el cuestionario SF-12.
- Cuestionario Incontinence Quality of Life (IQoL) específico sobre incontinencia urinaria en relación a la calidad de vida.
- Escala Visual Analógica, de percepción del estado de salud del paciente,
- Tolerancia y evaluación de acontecimientos adversos.

**Intervención:** los pacientes han recibido información detallada sobre el problema que le afecta<sup>11</sup> y sobre la importancia de seguir las recomendaciones sobre estilo de vida y la toma de la medicación conforme a la prescripción<sup>12</sup>. Todos han sido tratados con 2mg dos veces al día de tolterodina.

**Esquema general del estudio:** se presenta en la tabla 1.

Para el análisis de los parámetros se han utilizado los programas informáticos EXCEL e IQUAL\* para datos apareados.

**Resultados**

Se incluyeron 90 pacientes de los cuales 52 finalizaron el estudio; los abandonos se debieron en 21 pacientes a incumplimiento tera-

péutico inferior al 80% de la dosis prescrita; 6 cuestionarios se anularon por respuestas múltiples o falta de respuesta; 5 pacientes sufrieron efectos secundarios y otros 6 abandonaron por iniciativa propia.

La edad media de los 52 pacientes que han finalizado el estudio es de 64,22 años, (rango de 46 a 83 años), de sexo mayoritariamente femenino (88,46%). Sólo 4 de ellas eran premenopáusicas y la paridad media fue de 2,95 (rango 0 a 7).

Respecto al objetivo secundario de analizar los factores asociados y las enfermedades concomitantes de los pacientes que presentan incontinencia urinaria, la patología concomitante más frecuente ha sido la artrosis (64%), seguida de la HTA (40,38%), insuficiencia vascular periférica (20,16%), de estados ansiosos (19,23%) o depresivos (13,46%), y diabetes mellitus tipo 2 (11,54%).

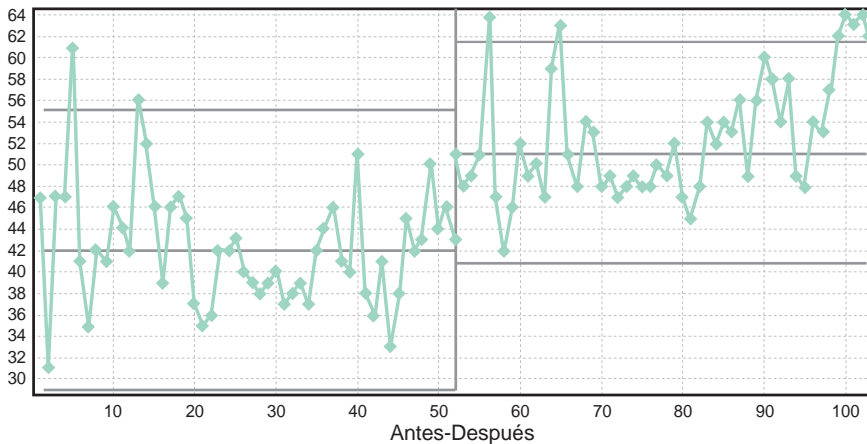
El 52,38% de los pacientes con HTA tomaban diuréticos, solos o en asociación, recomendándoseles el cambio por otros fármacos antihipertensivos.

**Valoración del Estado de Salud y Calidad de Vida**

Escala Visual Analógica (EVA) sobre autopercepción del estado de salud: el promedio de la valoración inicial fue de 69,31 (DS 7,39), incrementándose hasta 75,94 (DS 5,18) al final del estudio, produciéndose una diferencia relativa de 9,57% muy significativa ( $p<0,001$ , t-Student = 5,297 con corrección de Welch para varianzas no homogéneas).

\* Programa de Gestión de Calidad. Versión 1.0.

Gráfico 1. Calidad de vida en incontinencia urinaria I-QoL.



La valoración del estado de salud ha sido analizado también mediante el SF-12, con una puntuación media al comienzo del estudio de 34,17 (DS 2,28) que al finalizar ascendió a 39,25 (DS 2,46), habiéndose producido un incremento relativo de 14,87% ( $p < 0,001$ ,  $t$ -Student = 10,93 con varianzas homogéneas). En relación al cuestionario de calidad de vida para personas con incontinencia urinaria I-QoL, el valor medio al principio del estudio fue de 42,31, mejorando hasta 52,54, con una mejora relativa del 24,18% muy significativa ( $p < 0,001$ ,  $t$ -Student = 9,336 para varianzas homogéneas (gráfico 1).

## Discusión

El perfil del paciente tipo en nuestro estudio se corresponde con el de una mujer postmenopáusica de 64 años, con artrosis e hipertensión, y que toma diuréticos.

Los resultados en cuanto a mejora de la autopercepción de su estado de salud son muy esperanzadores, en el sentido de que su problema de incontinencia está influyendo negativamente en su percepción de salud, y en la medida en que intervengamos sobre la incontinencia de estos pacientes mejoraremos su "estado de salud". Estos datos se corroboran con los resultados del test específico de calidad de vida en incontinencia urinaria, en donde se ha producido una mejoría de la "misma intensidad" que la mejoría general en el estado de salud, no siendo esto atribuido a ningún otro factor que haya intervenido en estos pacientes a lo largo del estudio. Pese a que parte de esta mejoría puede deberse

al importante efecto placebo, observado en múltiples ensayos clínicos, merece la pena tratar la incontinencia en atención primaria por los beneficios específicos (estimados como el doble en dichos ensayos clínicos) y globales que comporta<sup>13</sup>.

En cuanto al número de abandonos por efectos secundarios ha sido similar a los publicados en los ensayos clínicos y, en general, tolterodina ha sido bien tolerada<sup>14</sup>.

El principal problema que se nos ha presentado es el porcentaje tan alto de pacientes que no han cumplido los requisitos del estudio (42,22%), por lo que hemos tenido que incrementar la muestra inicial, debido fundamentalmente al escaso cumplimiento del plan terapéutico por variación de la intensidad de la incontinencia urinaria a lo largo del estudio y a las "necesidades sociales" de los pacientes, en el sentido de tomar la medicación en función de su programa de viajes, reuniones y otros eventos sociales. Esto nos lleva a plantearnos una nueva intervención de futuro para mejorar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes que optimicen el efecto terapéutico de tolterodina (estimado como máximo a las 2 semanas), y se mantenga con la dosis mínima eficaz de forma continuada<sup>15</sup>.

## Agradecimientos

Quisiéramos manifestar nuestro agradecimiento a Maite Martínez Ros, de la Unidad Docente de la Gerencia A.P. de Murcia, y al equipo EMCA de la Consejería de Sanidad de Murcia, por sus aportaciones para la mejora de este trabajo.

## Bibliografía

- Bentkover JD, Chapple C, Corey R, Hill S, Stewart EJ. Adapting a US cost-offset economic model for overactive bladder for the European marketplace. Val Health. In Press
- Verdejo C. Incontinencia urinaria: un problema frecuente del paciente mayor. An Med Interna Madrid 2000; 17: 19-25.
- Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. J Clin Epidemiol 2000;53:1150-1169.
- Brown J, McGhan W, Chokroverty S. Comorbidities Associated With Overactive Bladder. Am J Manag Care 2000; 6: 574-579.
- Fernández JA. Estudios de calidad en Atención Primaria. Madrid. Nilo Industria Gráfica SA. 1998.
- Abrams P, Kelleher CJ, Kerr LA, Rogers RG. Overactive Bladder Significantly Affects Quality of Life. Am J Manag Care 2000; 6:580-590.
- Martínez F, Fouz P, Gil M, Téllez M. Incontinencia urinaria: una visión desde Atención Primaria. MEDIFAM 2001; 11:55-64.
- Castro D, Postius J. Urología en Atención Primaria. Pulso Ediciones Barcelona 2001.
- Kolbert G, Kirchberger I, Malone-Lee J. Quality-of-life aspects of the overactive bladder and the effect of treatment with tolterodine. BJU Int 1999; 83: 583-590.
- Castro D, Postius J. Protocolos de Actuación en Urología para Atención Primaria. Pulso Ediciones Barcelona 2001.
- Vila MA, Fernández MJ, Florensa E. Manejo de la incontinencia urinaria en el adulto. JANO 1998; 55:364-370.
- Anónimo. Consejos a los pacientes con incontinencia urinaria. Postgraduate Medicine 2002; 7:111.
- McGhan W. Cost Effectiveness and Quality of Life Considerations in the Treatment of Patients with Overactive Bladder. Am J Manag Care 2001; 7: 62-75.
- Chancellor M, Freedman S, Mitcheson, Antoci J, Primus G, Wein A. Tolterodina, un tratamiento eficaz y bien tolerado de la incontinencia de urgencia y otros síntomas de vejiga hiperactiva. Clin Drug Invest 2000; 19: 83-92.
- Hu TW, Wagner TH. Economic Considerations in Overactive Bladder. Am J Manag Care 2000; 6:591-598.

## Autores

Luis García-Giralda Ruiz , Lorenzo Guirao Sánchez , Adriana Mocchiari Lovechio , Juan Vicente Alfaro González , Isabel Casas Aranda. Centro de Salud de Alguazas, Gerencia de Atención Primaria de Murcia, Servicio Murciano de Salud.

*Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 41 a 44 (del 5 de octubre de 2003 al 1 de noviembre de 2003). Distribución semanal*

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 41			Semana 42			Semana 43			Semana 44			Semanas 41 a 44		
	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana
Gripe	1.009	380	504	1.437	350	677	2.179	426	782	3.287	395	991	7.912	1.551	2.954
Tuberculosis respiratoria	0	4	2	5	4	4	0	4	3	1	1	2	6	13	11
Otras tuberculosis	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	3	1	2
Legionelosis	1	2	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	4	1
Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	2
Hepatitis B	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Toxiinfecciones Alimen.	1	2	6	3	2	2	35	0	1	6	0	2	45	4	19
Varicela	12	17	17	16	13	20	30	29	29	22	23	32	80	82	88
Parotiditis	1	0	2	1	0	1	2	0	2	0	0	1	4	0	7
Otras meningitis	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	5	2	2
Sífilis	1	2	0	2	1	1	0	0	0	0	1	0	3	4	2
Infeción gonocócica	0	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	3	2
Fiebre Exantemat. Med.	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Paludismo	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0

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

*Porcentajes de declaración (\*)  
Semanas 41 a 44 (del 5 de octubre de 2003 al 1 de noviembre de 2003).*

Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración
Abanilla	6.040	95,83	Calasparra	9.239	100,00
Abarán	12.632	100,00	Campos del Río	2.051	100,00
Águilas	28.888	96,05	Caravaca de la Cruz	23.362	100,00
Albudeite	1.360	100,00	Cartagena	188.003	99,05
Alcantarilla	34.997	98,81	Cehegín	14.502	97,22
Aledo	1.029	75,00	Ceutí	7.891	100,00
Alguazas	7.281	100,00	Cieza	33.223	97,37
Alhama de Murcia	16.682	90,91	Fortuna	7.194	100,00
Archena	15.375	57,50	Fuente Álamo de Murcia	11.866	100,00
Beniel	8.962	100,00	Jumilla	22.968	93,75
Blanca	5.841	100,00	Librilla	3.997	100,00
Bullas	11.164	85,71	Lorca	79.481	91,67

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



Registro de Cáncer de Murcia

**El cáncer de pulmón, mama y colorrectal suponen más de la tercera parte de los tumores malignos que se diagnostican en la Región de Murcia.**

El cáncer es uno de los principales problemas de salud de la Región de Murcia, apreciándose un elevado número de casos nuevos que se diagnostican cada año -300 por cada cien mil personas- que está aumentando debido principalmente a la elevada prevalencia de factores de riesgo y al aumento de la esperanza de vida. La prevención primaria es posible mediante la práctica de hábitos de vida más saludables como no fumar, comer de forma sana o incrementar la actividad física; modificación de hábitos que constituye la mejor prevención del riesgo de enfermedades neoplásicas. La combinación de estrategias de prevención primaria y secundaria suponen una aproximación para controlar el cáncer.

En hombres, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, con 1.429 casos incidentes en el periodo 1993-1996, es el más frecuente, representando el 18% de todos los tumores, y en mujeres el cáncer de mama, con 1.468 casos en dicho periodo, constituye más de la cuarta parte (27%). El cáncer colorrectal es el segundo tumor más frecuente tanto en varones como en mujeres (14%), habiéndose diagnosticado anualmente 473 casos nuevos de cáncer colorrectal en la Región de Murcia.

Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J y Valera I. Estadísticas básicas del Registro de Cáncer de Murcia. 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2003. Serie informes nº 33.



*Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 41 a 44 (del 5 de octubre de 2003 al 1 de noviembre de 2003). Distribución semanal*

	Áreas de Salud														REGIÓN
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL		
Población (Padón 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.	
<b>Enfermedades</b>															
Gripe	3.405	17.291	1.349	4.473	1.535	7.962	239	2.353	162	2.020	1.222	7.034	7.912	41.133	
Tuberculosis respiratoria	2	44	3	45	0	18	0	7	1	1	0	20	6	135	
Otras tuberculosis	1	11	2	11	0	3	0	0	0	0	0	3	3	28	
Legionelosis	1	6	0	2	1	1	0	0	0	0	0	5	2	14	
Hepatitis A	0	4	0	5	1	1	0	0	0	0	0	1	1	11	
Hepatitis B	0	7	1	7	0	2	0	0	0	0	1	3	2	19	
Toxiinfecciones alimentarias	15	182	28	77	0	14	2	306	0	0	0	40	45	619	
Varicela	24	1.861	5	1.735	14	1.220	3	36	18	947	16	531	80	6.330	
Parotiditis	2	23	0	9	0	2	0	0	1	6	1	4	4	44	
Otras meningitis	22	32	2	21	0	2	1	3	0	0	0	5	5	63	
Sífilis	2	14	0	5	1	3	0	0	0	0	0	5	3	27	
Infección gonocócica	1	3	1	8	0	0	0	0	0	0	0	2	2	13	
Fiebre Exantemat. Mediterranea	0	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	
Paludismo	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	

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

*Porcentajes de declaración (\*)  
Semanas 41 a 44 (del 5 de octubre de 2003 al 1 de noviembre de 2003).*

Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración
Lorquí	5.883	100,00	Torre Pacheco	25.721	50,00
Mazarrón	23.025	100,00	Torres de Cotillas, Las	16.695	38,89
Molina de Segura	48.421	62,04	Totana	25.332	93,75
Moratalla	8.600	61,11	Ulea	999	87,50
Mula	14.870	97,50	Unión, La	14.965	100,00
Murcia	377.888	75,34	Villanueva del Río Segura	1.580	100,00
Ojós	574	50,00	Yecla	31.716	95,83
Pliego	3.417	100,00	Santomera	12.131	100,00
Puerto Lumbreras	11.439	77,78	Alcázares, Los	9.159	100,00
Ricote	1.569	75,00			
San Javier	21.782	100,00	Total Región	1.226.993	86,39
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.*



**Cuatro de cada diez personas que sufren infarto agudo de miocardio en la Región de Murcia mueren como consecuencia del mismo.**

El estudio IBERICA ha monitorizado durante el bienio 1997-8 las tasas de incidencia, mortalidad y letalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) en personas de 25 a 74 años. Los resultados en la región de Murcia indican que, comparativamente con las otras 6 áreas geográficas españolas participantes, existe una mayor incidencia y mortalidad mientras que la letalidad es similar. La incidencia viene determinada por la exposición a los factores de riesgo de enfermedad coronaria. En Murcia, destaca sobre las otras áreas, la elevada frecuencia de pacientes con diabetes entre los que sufren infarto. Por el contrario la letalidad depende de una rápida identificación de síntomas, traslado urgente y tratamiento precoz. Las características asistenciales del IAM en los centros especializados de Murcia son buenas con algunos rasgos incluso de ventaja (mayor proporción de acceso rápido, atención en UCI y trombolisis). En conclusión, sin comprometer la atención sanitaria, las principales medidas de salud pública del IAM en la Región deben ir encaminadas a reducir la incidencia.

Tormo MJ, García J, Cirera IJ, Contreras J, Martínez C, Rodríguez M, Navarro C por los investigadores y colaboradores del estudio IBERICA-Murcia. Epidemiología del infarto agudo de miocardio en la Región de Murcia: Estudio IBERICA. Murcia: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública. Serie informes nº 34, 2003.

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 45 a 48 (del 2 de noviembre de 2003 al 29 de noviembre de 2003). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados									Casos acumulados					
	Semana 45			Semana 46			Semana 47			Semana 48			Semanas 45 a 48		
	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana	2003	2002	Mediana
Gripe	3.599	496	797	3.991	637	1.010	4.280	691	1.045	3.992	856	1.229	15.862	2.680	4.081
Tuberculosis respiratoria	4	3	5	3	4	4	4	2	3	2	4	2	13	13	13
Otras tuberculosis	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Hepatitis A	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Hepatitis B	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	1	1
Otras Hepatitis Viric.	0	0	0	2	1	1	3	1	1	0	1	0	5	3	2
Toxiinfecciones Alimen.	0	1	1	8	37	4	5	5	0	6	2	2	19	45	53
Varicela	67	42	38	77	30	39	107	47	61	165	64	75	416	183	236
Enfermedad Meningoc.	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Otras meningitis	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	0	1	5	4	5
Sífilis	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	3	2	2
Infección gonocócica	1	0	0	1	0	0	0	0	0	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 45 a 48 (del 2 de noviembre de 2003 al 29 de noviembre 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	75,00
Águilas	28.888	98,68	Caravaca de la Cruz	23.362	98,33
Albudeite	1.360	100,00	Cartagena	188.003	97,43
Alcantarilla	34.997	98,81	Cehegín	14.502	94,44
Aledo	1.029	100,00	Ceutí	7.891	100,00
Alguazas	7.281	100,00	Cieza	33.223	100,00
Alhama de Murcia	16.682	93,18	Fortuna	7.194	100,00
Archena	15.375	52,50	Fuente Álamo de Murcia	11.866	100,00
Beniel	8.962	100,00	Jumilla	22.968	75,00
Blanca	5.841	93,75	Librilla	3.997	75,00
Bullas	11.164	75,00	Lorca	79.481	92,59

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

**Vigilancia Epidemiológica**

de las enfermedades de declaración obligatoria

**Gripe Aviar A (H5N1) en el Sudeste Asiático. Actualización a 16 febrero de 2004**

Desde finales de 2003 se ha tenido conocimiento de diversos brotes por virus A (H5N1) en aves en distintos países. Hasta el momento los países afectados confirmados por la OMS son Corea del Sur, Vietnam, Japón, Tailandia, Camboya, China, Laos e Indonesia. Además, las autoridades de Hong Kong han informado de un único caso de H5N1 en un halcón peregrino encontrado muerto el 19 de enero. Respecto a la infección en humanos, según la OMS, a 16/2/04 se han confirmado 28 casos de gripe aviar A (H5N1) en humanos, 20 en Vietnam y 8 en Tailandia, de los que 20 han fallecido. No se ha notificado ningún caso humano asociado a los brotes en aves en otros países. Hasta el momento sigue sin existir evidencia de transmisión interhumana ni se ha notificado infección de ningún trabajador de salud relacionado con estos pacientes. El contagio de las aves a los humanos tiene lugar por vía inhalatoria. Es necesario un contacto directo con las aves o sus excretas. Tanto en este brote como en los anteriores todos los casos han sido en personas expuestas de una forma directa y continuada a aves bien en granjas o en mercados de animales vivos. No hay ninguna evidencia de que el contagio de las aves al ser humano se realice por vía alimentaria.

*Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Semanas 45 a 48 (del 2 de noviembre de 2003 al 29 de noviembre 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.
<b>Enfermedades</b>														
Gripe	8.318	25.609	2.544	7.017	1.620	9.582	664	3.017	534	2.554	2.182	9.216	15.862	56.995
Tuberculosis respiratoria	4	48	3	48	2	20	2	9	0	1	2	22	13	148
Otras tuberculosis	0	11	1	12	0	3	0	0	0	0	0	3	1	29
Legionelosis	0	6	1	3	0	1	0	0	0	0	0	5	1	15
Hepatitis A	0	4	0	5	0	1	1	1	0	0	0	1	1	12
Hepatitis B	0	7	1	8	1	3	0	0	0	0	0	3	2	21
Otras Hepatitis Víricas	2	9	3	7	0	6	0	0	0	4	0	1	5	27
Toxiinfecciones alimentarias	12	194	0	77	4	18	1	307	2	2	0	40	19	638
Varicela	109	1.970	58	1.793	86	1.306	4	40	46	993	113	644	416	6.746
Enfermedad Meningocócica	0	8	0	7	1	4	0	1	0	1	0	2	1	23
Otras meningitis	3	35	2	23	0	2	0	3	0	0	0	5	5	68
Sífilis	1	15	1	6	0	3	0	0	1	1	0	5	3	30
Infección gonocócica	1	4	1	9	0	0	0	0	0	0	0	2	2	15

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

*Porcentaje de declaración (\*) Semanas 45 a 48 (del 2 de noviembre de 2003 al 29 de noviembre de 2003)..*

Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2002)	% de declaración
Lorquí	5.883	100,00	Torre Pacheco	25.721	51,56
Mazarrón	23.025	100,00	Torres de Cotillas, Las	16.695	50,00
Molina de Segura	48.421	62,96	Totana	25.332	100,00
Moratalla	8.600	66,67	Ulea	999	100,00
Mula	14.870	72,50	Unión, La	14.965	100,00
Murcia	377.888	81,53	Villanueva del Río Segura	1.580	100,00
Ojós	574	25,00	Yecla	31.716	97,22
Pliego	3.417	100,00	Santomera	12.131	97,22
Puerto Lumbreras	11.439	77,78	Alcázares, Los	9.159	100,00
Ricote	1.569	37,50			
San Javier	21.782	100,00	Total Región	1.226.993	87,48
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.*



**Consejos a los viajeros que se desplacen a las zonas afectadas por 'Gripe Aviar'**

A fecha 16/2/04 y de acuerdo con los conocimientos disponibles y los dictámenes de la OMS y de la Comisión Europea, la gripe aviar, estrictamente, no supone motivo para cancelar un viaje a los territorios afectados.

En cualquier caso, para minimizar la exposición al virus de la gripe aviar conviene evitar el contacto directo con animales vivos (o sus cadáveres, excretas...) en mercados, reservas naturales con aves, y granjas. Lógicamente se desaconseja adquirir o tener contacto con pájaros de compañía.

Adicionalmente, se aconseja la vacunación frente a la gripe común a las personas de grupos de riesgo y a cualquiera que, pese a las recomendaciones previas, prevea que vaya a tener probabilidades de exposición a las aves infectadas (consultar con un centro de vacunación internacional para indicación individualizada).

Por otro lado es siempre recomendable que los productos derivados del pollo y aves, incluidos los huevos, se consuman bien cocidos (el consejo es válido no sólo en zonas con gripe aviar sino en todo el mundo).

## LISTA DE REVISORES DE ARTÍCULOS PUBLICADOS EN EL BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE MURCIA DURANTE EL AÑO 2003

El Boletín Epidemiológico de Murcia cuenta con la imprescindible colaboración de expertos que, de forma independiente, actúan como evaluadores externos de los trabajos que se reciben para su publicación. Su contribución desinteresada es fundamental para mantener la calidad científica del boletín epidemiológico.

A continuación presentamos los nombres de los evaluadores de los manuscritos revisados para el Boletín Epidemiológico de Murcia durante el año 2003. Todos los artículos fueron revisados, al menos, por dos evaluadores de forma independiente y en todos los casos desconocían la identidad de los autores.

Por ello, les agradecemos su colaboración en la revisión de los trabajos recibidos a lo largo del año 2003.

Ana María García Fulgueiras	Juan Francisco Correa Rodríguez
Antonio Cervantes Pardo	Juan Martínez Candela
Antonio Domínguez Domínguez	Lluís Cirera Suárez
Carmen Antúnez Almagro	M <sup>a</sup> Dolores Chirlaque López
Carmen Navarro Sánchez	M <sup>a</sup> José Tormo Díaz
Carmen Santiuste de Pablos	M <sup>a</sup> Luisa Gutiérrez Martín
Daniel Fenoll Brotons	M <sup>a</sup> Luisa Usera Clavero
Esteban Granero Fernández	M <sup>a</sup> Teresa Martínez Ros
Fernando Galván Olivares	Manuel Méndez Díaz
Francisco Pérez Riquelme	Manuel Sarmiento Gallego
Ignacio Galera Pardo	Miguel Rodríguez Barranco
José Eduardo Calle Urra	Ramón Horn Ureña
José García Rodríguez	Yolanda Castán Ruiz
Juan Antonio Sánchez Sánchez	

Queremos agradecerles muy sinceramente a todos ellos su inestimable colaboración.

El equipo editorial