



**Nivel
de Salud**

Nivel de Salud

El conocimiento del Nivel de Salud de una Comunidad se considera básico dentro del proceso de planificación, por la necesidad de poner de manifiesto todas aquellas situaciones y procesos morbosos que impiden o dificultan el pleno desarrollo de la Salud en su más amplio sentido. Sin embargo, a la complejidad existente para conocer el Nivel de Salud real de la población, se le une la necesidad de disponer de información apropiada, actualizada, fiable y válida, cualidades difícilmente alcanzables en el contexto actual.

La aproximación a la identificación de problemas de salud se ha realizado desde tres perspectivas convergentes: la percepción que la población hace de su propia salud (Encuesta Nacional de Salud), la demanda de servicios sanitarios, así como la información aportada por encuestas ad hoc y los sistemas de información y registro sobre morbilidad y mortalidad existentes en la actualidad.

Para cada uno de los problemas de salud identificados se recogen los objetivos necesarios para su abordaje, con la excepción de aquellos que hacen referencia a estilos de vida, que se incluyen en el apartado correspondiente de este Plan.

Mortalidad: La evolución en la Región de la mortalidad ha supuesto, al igual que en el caso de la natalidad, un continuo decremento, pasando, en tasas por mil, de 8,81 en 1975 a 7,86 en 1986, caso similar al nacional, que pasa en las mismas fechas de 8,4 a 7,92. Como puede observarse, las tasas de Murcia son inferiores a las nacionales, si bien al estandarizar por edad dichas tasas se invierte la relación y pasa la Región a tener un exceso significativo de muertes de un 8,6% ($P < 0,01$).

Mortalidad específica por causas

Por grandes grupos de causas, las cinco primeras corresponden a enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, enfermedades del aparato respiratorio, aparato digestivo y accidentes, envenenamientos y violencias (tabla 3.1).

TABLA 3.1. PRINCIPALES GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA REGIÓN DE MURCIA. 1989

	TOTAL MUERTES	TASAS POR CIEN MIL
1) Enf. aparato circulatorio	3.456	330'5
2) Cáncer	1.716	164'0
3) Enf. aparato respiratorio	875	83'7
4) Enf. aparato digestivo	502	47'9
5) Accidentes, envenenamientos y violencias	449	42'9

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia. 1989

La principal causa de morbilidad según la lista detallada (999 rúbricas) es la enfermedad cerebrovascular aguda, pero mal definida, con una tasa de 71,45 (número de defunciones por cien mil habitantes), seguida por el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca (tabla 3.2).

TABLA 3.2. MORTALIDAD ESPECIFICA POR CAUSA DETALLADA. AMBOS SEXOS. REGIÓN DE MURCIA. 1989

CAUSA	TASA
1) Enf. cerebrovascular aguda, pero mal definida	71'45
2) Infarto agudo de miocardio	51'75
3) Insuficiencia cardíaca	51'65
4) Oclusión de las arterias cerebrales	36'73
5) Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificadas en otra parte	32'23

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia. 1989

Por sexos y según la lista detallada de causas de defunción, la primera causa entre los hombres es el infarto agudo de miocardio (tabla 3.3.) y entre las mujeres, la enfermedad cerebrovascular aguda, pero mal definida (tabla 3.4.).

TABLA 3.3. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES EN LA REGION DE MURCIA. 1989.

CAUSA	TASA
1) Infarto agudo de miocardio	66'20
2) Enf. cerebrovascular aguda, pero mal definida	56'71
3) Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	51'68
4) Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte	48'00
5) Insuficiencia cardíaca	35'42

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia. 1989

TABLA 3.4. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES EN LA REGION DE MURCIA. 1989.

CAUSAS	TASA
1) Enf. cerebrovascular aguda, pero mal definida	85'85
2) Insuficiencia cardíaca	67'50
3) Oclusión de las arterias cerebrales	42'17
4) Infarto agudo de miocardio	37'63
5) Otras formas de la enfermedad isquémica del corazón	33'28

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia. 1989

Al desagregar por Areas de Salud, no se observan diferencias midiendo mortalidad por todas las causas, sin embargo, sí se observan diferencias cuando el análisis se hace por grupos de enfermedades, de tal forma que el Area I presenta exceso de muertes por enfermedades endocrinas, metabolismo e inmunidad; el Area II, por enfermedades genitourinarias, traumatismos y envenenamientos; el Area III, por enfermedades circulatorias y respiratorias; el Area IV, por enfermedades osteomusculares, no destacando en ningún apartado las Areas V y VI.

Mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil (número de defunciones en menores de un año por mil nacidos vivos) presenta para todos sus tipos un descenso acusado de 1975 a 1979, algunas fluctuaciones en el 1980-81 y un continuo y

suave descenso desde entonces hasta 1990. Los datos comparativos con España (tabla 3.5.) muestran una situación más favorable para la Región de Murcia en 1978, con una progresiva equiparación hasta alcanzar niveles semejantes en 1985.

TABLA 3.5. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA 1978-85.

	M. INFANTIL		M. NEONATAL		M. POSTNEONATAL		M. PERINATAL	
	1978	1985	1978	1985	1978	1985	1978	1985
MURCIA	13'09	9'07	8'92	5'71	4'17	3'37	15'89	11'34
ESPAÑA	15'25	8'92	10'54	5'93	4'72	2'99	17'43	10'96

Tasas por mil habitantes

Fuente: Estadísticas de Salud. 1978-87.

Durante 1990 la mortalidad infantil fue de 6,54 defunciones por mil nacidos vivos, 6,95 para los niños y 6,12 para las niñas (tabla 3.6)

TABLA 3.6. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL, POSTNEONATAL. REGION DE MURCIA. 1990

	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS
Mortalidad infantil	6'54	6'95	6'12
Mortalidad neonatal	4'65	5'10	4'18
Mortalidad postneonatal	1'89	1'84	1'94

Tasas por mil habitantes

Fuente: Movimiento Natural de la Población. 1990.

Años potenciales de vida perdidos (A.P.V.P.)

Un indicador que mide la mortalidad que de forma prematura se produce en la Región son los Años Potenciales de Vida Perdidos. (La cifra de los Años Potenciales de Vida Perdidos a consecuencia de una causa determinada es la suma, en todas las personas que fallecen por esta causa, de los años que éstas habrían vivido si se hubieran cumplido las esperanzas de vida normales que poseían e ilustran sobre las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros). La primera causa de A.P.V.P. fueron los accidentes por vehículos a motor, tanto en el grupo de hombres como de mujeres (tablas 3.7 y 3.8).

TABLA 3.7. PRINCIPALES CAUSAS DE APVP EN HOMBRES. REGION DE MURCIA. 1989

CAUSAS	A.P.V.P.	%
1) Accidentes vehículos con motor	7.783	27'3
2) Enf. isquémicas del corazón	2.276	8'0
3) Resto de causas externas	1.991	7'0
4) Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.528	5'4
5) Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.423	5'0

% sobre total de APVP.

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia. 1989

TABLA 3.8. PRINCIPALES CAUSAS DE APVP EN MUJERES. REGION DE MURCIA. 1989

CAUSAS	A.P.V.P.	%
1) Accidentes vehículos con motor	1.445	11'6
2) Tumor maligno de mama	1.133	9'1
3) Resto de causas externas	929	7'5
4) Leucemia	645	5'2
5) Enf. cerebrovasculares	590	4'7

% sobre total de APVP.

Fuente: Estadísticas Básicas de Mortalidad de la Región de Murcia. 1989

Esperanza de vida

En 1986 la esperanza de vida al nacer para la Región de Murcia fue de 75,8 años (79,1 para las mujeres y 73,1 para los hombres), 61,8 a los 15 años y 18,4 a los 65 años. Estas cifras varían ligeramente sobre las referidas para el conjunto de España, de tal modo que al nacer y a los 15 años se sitúa por debajo, para igualarse a los 65 años (tablas 3.9, 3.10 y 3.11).

TABLA 3.9. ESPERANZA DE VIDA AL NACER. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1986

	NACIMIENTO		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MURCIA	73'1	79'1	75'8
ESPAÑA	73'2	79'6	76'4

Fuente: Estadísticas de Salud. 1978-87.

TABLA 3.10. ESPERANZA DE VIDA A LOS 15 AÑOS. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1986

15 AÑOS			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MURCIA	59'2	65'0	61'8
ESPAÑA	59'3	65'6	62'5

Fuente: Estadísticas de Salud. 1978-87.

TABLA 3.11. ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1986

65 AÑOS			
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
MURCIA	14'8	17'9	16'1
ESPAÑA	15'0	18'4	16'1

Fuente: Estadísticas de Salud. 1978-87.

Morbilidad

Morbilidad sentida

Tomando como referencia la Encuesta Nacional de Salud de 1987, la valoración del estado de salud por parte de la población murciana es calificado de bueno o muy bueno por el 85% de la población de hasta 15 años y por el 64% de la población mayor de 15, cifras ligeramente inferiores a la media nacional (90% y 67%, respectivamente). La valoración muy malo es considerada por menos del 1% de la población.

Extrapolando los datos nacionales a la Región, se podría afirmar que la peor percepción de su salud la tienen por grupo de edad los mayores de 65 años; por situación laboral, los jubilados y sus labores; por nivel de estudios, sin estudios, y finalmente por ingresos mensuales familiares, aquellos con menos de 50.000 pesetas.

La mitad de la población mayor de 15 años han referido dolores o síntomas en las dos últimas semanas, la mayor proporción en mayores de 65 años, que se corresponden con "dolor de huesos", dolor de cabeza y dificultad para dormir. Para los menores de 15 años estos síntomas serían tos, "problemas de garganta" y "ronchas".

Existe una diferencia importante en cuanto a la media de días de restricción de actividad habitual en las dos últimas semanas por cien habitantes, inferior en Murcia respecto a España en población de más de 15 años (20,2 días vs 33,7 días). Sin embargo, es mayor la tasa por cien habitantes de personas que han pasado algún día en cama por molestias o síntomas en Murcia respecto a España (6,0 vs 4,5), aunque de menor duración, ya que Murcia declara 15,4 días por cien habitantes frente a los 17,3 de España. Los motivos que generan la restricción de actividad principal han sido catalogados (extrapolación de datos de población española) como "dolor de huesos", "problemas de nervios" y contusiones en el grupo de mayores de 15 años, y de problemas de garganta, tos y diarrea en menores de esa edad.

El consumo de medicamentos se declara mayor en Murcia que en España (tasa por cien de 44,1 frente a 41,8, respectivamente), siendo los tipos de mayor utilización los destinados "para el dolor", "para la tensión" y "para el reuma" en 16 y más años, y los destinados "para el catarro", "reconstituyentes" y "para el dolor" en el grupo de 1 a 15 años.

Morbilidad diagnosticada en Atención Primaria

Actualmente no existen registros rutinarios con explotación sistemática sobre morbilidad en Atención Primaria. El SICAP (Sistema de Información para Centros de Atención Primaria) ha sido implantado en la Región, pero son pocos los centros que codifican motivos de consulta y no se ha realizado ninguna evaluación, estando actualmente el INSALUD revisando dicho sistema de información.

Resulta obvio que el mejor conocimiento de los motivos de consulta/patologías más frecuentemente atendidas/diagnosticadas redundaría en la posibilidad de poder protocolizar mejor su atención y con ello monitorizar los recursos que consumen, poder orientar la formación de los profesionales, promocionar los autocuidados cuando ello fuera posible, etc.

La información actualmente disponible más adecuada y que abarca la totalidad de la Región es un estudio dirigido por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Región, realizado por método de consenso (encuestadores clave) para averiguar las diez patologías más frecuentes atendidas en las consultas de Atención Primaria. Los principales motivos de consulta son los que figuran en la tabla 3.12.

TABLA 3.12. MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES EN MEDICINA GENERAL Y PEDIATRIA. REGION DE MURCIA. 1990

MEDICINA GENERAL	PEDIATRIA
1º Artrosis y Proc. Reumáticos	1º Inf. Respiratorias Agudas
2º Inf. Respiratorias Agudas	2º Gastroenteritis
3º Hipertensión Arterial	3º Faringoamigdalitis

Fuente: Estudio de Necesidades en Formación Continuada en Atención Primaria 1990

Morbilidad diagnosticada hospitalariamente

Valorando la morbilidad a través de los diagnósticos de los pacientes al alta hospitalaria se observa que el mayor número corresponde (excluyendo Parto Normal con 12.727 altas) a las enfermedades del Aparato Digestivo con casi 10.000 altas en 1987, seguida de las enfermedades del Aparato Respiratorio con 6.420 altas y el apartado Síntomas, Signos y Estados Morbosos Mal Definidos con 6.318 altas. A las enfermedades del Aparato Circulatorio les corresponden 6.269 altas.

Comparativamente con España, la Región de Murcia presenta en 1988 diferencias notables en las tasas por cien mil habitantes de enfermos dados de alta por Hipertensión Arterial, Intoxicación Alimentaria, Alcoholismo y Neoplasias de Utero e Intestino (tabla 3.13)

Enfermedades de declaración obligatoria

El Sistema de Información Sanitaria de Enfermedades de Declaración Obligatoria monitoriza la notificación de los médicos, tanto de Atención Primaria como Especializada, de aquellas enfermedades infecciosas que presentan un mayor interés comunitario, así como todos los brotes epidémicos, sea cual sea su etiología, lo que permite profundizar en el conocimiento del comportamiento de estas patologías en nuestro medio y facilita la adopción de medidas de control.

TABLA 3.13. PRINCIPALES DIFERENCIAS EN EL DIAGNOSTICO DE ALTA HOSPITALARIA. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA 1988

	MURCIA	ESPAÑA	% VARIACION MURCIA/ESPAÑA
Hipertensión Arterial	58	33	75
Intoxicación Alimentaria	21	12	75
Alcoholismo	47	30	56
Neoplasia Uterina	2	8	-75
Neoplasia Intestinal	23	41	-44

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. 1988

Los datos correspondientes a la Región de Murcia, sus Areas de Salud y su comparación con España aparece en las tablas 3.14 y 3.15.

TABLA 3.14. DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION POR AREAS DE SALUD. REGION DE MURCIA. 1991.

	AREA I		AREA II		AREA III		AREA IV		AREA V		AREA VI	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
Fiebre Tifoidea	7	1,8	20	8,0	5	4,2	3	4,6	4	8,4	2	1,4
Disentería	1	0,3	2	0,8	0	-	0	-	0	-	1	0,7
Toxi-Inf. Alimen.	237	61,1	285	114,2	34	28,4	13	19,8	34	71,4	172	119,1
Proc.Diarréicos	35.666	9.201,1	22.009	8.817,8	9.343	7.820,6	6.405	9.779	7.450	15.637,1	13.483	9.339,6
Inf. Res. Agud.	175.925	45.385,2	149.400	59.857,4	74.442	62.311,8	46.298	70.687	49.099	103.056	102.695	71.136
Gripe	26.834	6.922,6	14.412	5.774,1	12.766	10.685,8	6.011	9.177,5	2.701	5.669,2	13.045	9.036,2
Neumonía	1.037	267,5	671	268,8	300	251,1	324	494,7	207	434,5	367	254,2
Tuber.Respirat.	102	26,3	79	31,6	9	7,5	5	7,6	3	6,3	38	26,3
Sarampión	29	7,5	27	10,8	13	10,9	4	6,1	1	2,1	3	2,1
Rubéola	93	24	134	53,7	50	41,8	15	22,9	3	6,3	11	7,6
Varicela	10.342	2.668,0	3.596	1.440,7	1.383	1.157,6	1.826	2.787,9	1.190	2.497,7	2.750	1.904,9
Escarlatina	71	18,3	43	17,2	3	2,5	24	36,6	3	+6,3	17	11,8
Brucelosis	19	4,9	16	6,4	17	14,2	20	30,5	3	6,3	7	4,8
Fie. Exant. Medite.	3	0,8	8	3,2	4	3,3	0	-	0	-	1	0,7
Sífilis	7	1,8	5	2	1	0,8	0	-	0	-	4	2,8
Infec. Gonocócica	10	2,6	17	6,8	2	1,7	4	6,1	2	4,2	10	6,9
Infec. Meningocó.	23	5,9	25	10	1	0,8	2	3	2	4,2	7	4,8
Hepatitis	128	33,0	137	54,9	4	3,3	3	4,6	5	10,5	24	16,6
Fiebre Reumática	41	10,6	55	22	12	10	10	15,3	3	6,3	9	6,2
Parotiditis	45	11,6	29	11,6	4	3,3	10	15,3	0	-	27	18,7
Tosferina	18	4,6	5	2	0	-	2	3	0	-	1	0,7
Otras Meningitis	24	6,2	11	4,4	4	3,3	1	1,5	0	-	15	10,4
Otras Tuberculosis	14	3,6	9	3,6	1	0,8	0	-	2	4,2	0	-
Otras E.T.S.	130	33,5	175	70,1	74	61,9	34	51,9	14	29,4	217	150,3
Tétanos	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,7
Hidatidosis	1	0,3	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leishmaniásis	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Paludismo	1	0,3	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: SISEDO.

TABLA 3.15. ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. REGION DE MURCIA Y ESPAÑA. 1990-91.

	MURCIA	1990	ESPAÑA	1990	MURCIA	1991	ESPAÑA	1991	MURCIA % VARI. 90/91
COBERTURA									
INFORMACION	76,9				77				0,1
RUBRICA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	
Fiebre Tifoidea	55	5'25	1.854	4'48	41	3'88	1.347	3'45	-26'2
Disentería	3	0'29	751	1'82	4	0'38	516	1'32	32'0
Toxi-Infec. Alimentaria	795	75'96	37.521	90'70	775	73'31	36.751	94'17	-3'5
Otros proc. Diarreicos	87.479	8.357'82	2.256.643	5.454'82	94.356	8.924'92	2.451.037	6.280'70	6'8
I.R.A.	657.258	62.795'03	14.620.350	35.340'7	697.862	66.009'16	16.557.062	42.426'92	5,1
Gripe	126.805	12.115'07	4.317.648	10.436'7	75.769	7.166'81	3.804.449	9.748'77	-40'8
Neumonía	2.943	281'18	124.702	301'43	2.906	274'87	143.430	367'53	-2'2
Tuberculosis Resp.	242	23'12	7.600	18'37	236	22'32	8.098	20'75	-3'5
Otras Tuberculosis	31	2'96			26	2'46			-17'0
Sarampión	84	8'03	21.650	52,33	77	7'28	24.445	62'64	-9'2
Rubéola	916	87'52	23.462	56'71	306	28'94	32.569	83'46	-66'9
Parotiditis	267	25'51	30.624	74'03	115	10'88	13.789	35'33	-57'4
Tosferina	40	3'82	10.075	24'35	26	2'46	8.365	21'44	-35'6
Tétanos	3	0'29	54	0'13	3	0'28	51	0'13	-1'0
Difteria	0	0'00	0	0'00	0	0'00	0	0'00	
Poliomielitis	0	0'00	0	0'00	0	0'00	0	0'00	
Inf. Meningocócica	99	9'46	1.258	3,04	60	5'68	1.265	3'24	-40'0
Otras Meningitis	100	9'55			55	5'20			-45'5
Sífilis	13	1'24	1.685	4'07	17	1'61	1.509	3'87	29'5
Inf. Gonocócica	53	5'06	13.702	33'12	45	4'26	11.428	29'28	-15'9
Otras E.T.S.	695	66'40			644	60'91			-8'3
Hepatitis	324	30'96	15.401	37'23	301	28'47	16.150	41'38	-8'0
Varicela	9.138	873'05	231.498	559'58	21.087	1.994'57	445.697	1.142'08	128'5
Escarlatina	144	13'76	4.684	11'82	161	15'23	6.257	16'03	10'7
Fieb. Reumática	109	10'41	3.051	7'37	130	12'30	2.549	6'53	18'1
Brucelosis	59	5'64	3.041	7'35	82	7'76	3.103	7'95	37'6
Carbunco	1	0'10	152	0'37	0	0'00	127	0'33	-100'0
Hidatidosis	0	0'00	562	1'36	2	0'19	454	1'16	-
Fieb. Exan. Med.	26	2'48	708	1'71	16	1'51	740	1'90	-39'1
Leishmaniosis	1	0'10	122	0'29	1	0'09	93	0'24	-1'0
Fieb. Rec. Garrapata	0	0'00	164	0'40	0	0'00	93	0'24	
Rabia	0	0'00	0	0'00	0	0'00	0	0'00	
Lepra	0	0'00	13	0'03	0	0'00	12	0'03	-
Leptospirosis	0	0'00	11	0'03	0	0'00	9	0'02	
Oftal. Neonatorum	0	0'00	32	0'08	0	0'00	13	0'03	
Paludismo	2	0'19	141	0'34	2	0'19	99	0'25	-1'0
Sepsis Puerperal	0	0'00	4	0'01	0	0'00	11	0'03	
Tracoma	0	0'00	1	0'00	0	0'00	1	0'00	
Triquinosis	0	0'00	14	0'03	0	0'00	68	0'17	
Cólera	0	0'00	11	0'03	0	0'00	0	0'00	

Tasas por cien mil habitantes

Fuente: SISEDO

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de mortalidad de la Región de Murcia, con más del 41% del total de muertes producidas en 1989 y casi una de cada dos muertes en el grupo de mayores de 65 años. Por sexo, aunque siguen siendo el primer gran grupo de enfermedades causantes de mortalidad, varía su porcentaje sobre el total de muertes con mayor peso en las mujeres (48,7%) que en los hombres (35,8%). Las tasas por cien mil habitantes se sitúan en valores de 330,5 para el total de población, 298,6 para hombres y 361,5 para mujeres, con una sobremortalidad respecto a España en el año 1987 de un 6,1%.

Son la tercera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (A.P.V.P.), tras Causas Externas y Tumores y consumen el 15,2% del total de A.P.V.P. de la Región, cuyo valor absoluto se sitúa en los 6.249 años. Es importante resaltar que este indicador muestra la mayor prematuridad en la mortalidad de hombres que de mujeres, pues a pesar de tener los primeros una menor tasa de mortalidad, el porcentaje de A.P.V.P. que les corresponde sobre el total llega al 70,7%.

El grupo de enfermedades cerebrovasculares es la entidad que aisladamente produce una mayor mortalidad cardiovascular, alrededor del 40%, con especial incidencia en mujeres (43,7% de la mortalidad cardiovascular se debió a enfermedades cerebrovasculares en mujeres frente al 37,4% de hombres).

Las enfermedades isquémicas del corazón constituyen la segunda gran causa de mortalidad cardiovascular en nuestra Región, con una tasa de 83,6 por cien mil habitantes para el año 1989. De entre ellas destaca el infarto agudo de miocardio, que afecta al doble de hombres que mujeres y es la primera causa de muerte de los primeros.

La evolución temporal de la mortalidad cardiovascular para el período 1975-82 muestra que, mientras en España la tendencia era decreciente, en Murcia sólo lo era para las mujeres, a expensas principalmente de la disminución de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular.

Este grupo de enfermedades conlleva secuelas médicas y sociolaborales con un alto coste económico, personal y social. Se estima que sólo un 40% de los pacientes que han sufrido un episodio agudo de cardiopatía isquémica se reintegran a su actividad laboral normal. Es por tanto que la elevada prevalencia, morbi-mortalidad y coste socio-económico que representan, justifica la elaboración de estrategias de intervención para mejorar la prevención primaria y secundaria y la asistencia médica integral a estos pacientes.

Factores de riesgo

Son conocidos los factores de riesgo que inciden sobre la patología cardiovascular, de entre los que destaca el tabaco, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes, la obesidad y el sedentarismo.

Respecto al primero de ellos, el hábito tabáquico es directamente responsable de una importante producción de muertes por enfermedades cardiovasculares. La mayor parte de las evidencias sobre el papel causal del tabaco han demostrado que fumar dobla la incidencia de la enfermedad coronaria y también su mortalidad. Además, existe una clara relación dosis-respuesta entre número de cigarrillos fumados y riesgo de enfermedad coronaria. Por otro lado, el riesgo de infarto en ex-fumadores decrece a su vez rápidamente tras el cese del hábito, hasta el punto de alcanzar, después de dos a cinco años, niveles similares a aquellos de personas que nunca han fumado. Las estimaciones más favorables sobre la reducción del riesgo de infarto de miocardio asociadas a la cesación del hábito se sitúan entre un 50-70%, es decir, el abandono del hábito tabáquico es la medida que, aisladamente, mayor impacto tiene en la reducción del riesgo de infarto tras 5 años de cese.

Dejar de fumar, sin embargo, es un proceso difícil y complejo, aunque la mayoría de los fumadores han tratado alguna vez de hacerlo. Un punto importante es la situación de los profesionales de la salud con porcentajes de fumadores que en la Región superan en 20 puntos a la población general, tanto más grave si se tiene en cuenta el “rol ejemplar” que tienen asignado.

En lo referente a la Hipertensión Arterial como factor de riesgo, diversos estudios de cohortes han demostrado que la presión arterial elevada está asociada de una forma positiva e independiente con el riesgo de accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio y, en general, mortalidad por todas las causas vasculares. La mejor estimación del efecto del control de la tensión arterial sobre el riesgo cardiovascular sitúa en un 2-3% de reducción de riesgo por cada mmHg de reducción obtenida en la tensión diastólica.

La prevalencia de la Hipertensión arterial en población adulta de la Región puede oscilar alrededor del 20%. Frente a esto, sólo el 57% de los Equipos de Atención Primaria tienen programas acreditados de atención a la hipertensión, lo que indirectamente puede sugerir la magnitud de pacientes que, o no están diagnosticados, o su control puede no ser el más adecuado.

Datos bastante concordantes con la hipertensión parecen observarse en la hipercolesterolemia ya que, a la relación positiva y consistente entre el nivel de colesterol sérico y el riesgo de enfermedad cardiovascular, se unen las estimaciones sobre reducción de riesgo. Un 1% de reducción en el nivel sérico de colesterol total de una persona conlleva un 2-3% de reducción en el riesgo de enfermedad coronaria. En la Región es un factor de riesgo de especial consideración, al haber sido puesto de manifiesto en un reciente estudio, una ingestión de lípidos superior a la recomendada con un alto consumo de ácidos grasos saturados (sobre todo colesterol entre hombres jóvenes).

Los datos son bastante más contradictorios en lo referente a la influencia directa de la obesidad sobre las enfermedades coronarias, pero es conocido su efecto directo sobre otros factores de riesgo cardiovascular (diabe-

tes, hipertensión y anormalidades lipídicas) y su asociación con el desarrollo de aterogénesis. Como factor de riesgo, la tendencia general en los países más desarrollados sobre la proporción de personas adultas con sobrepeso es claramente ascendente.

Finalmente, la diabetes mellitus (ver apartado específico) cuya influencia está fuera de toda duda, y el sedentarismo que debería considerarse un importante y modificable factor de riesgo cardiovascular, completa el conjunto de factores sobre los que intervenir en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

Del análisis de los recursos del sistema sanitario de la Región destinados a estos procesos, se deduce que el número de medios diagnósticos en general, o son insuficientes (ecocardiografía en los H. Arrixaca y General) o están infrautilizados (ergometría y Holter) lo que conlleva una prolongación de la estancia media. Se desprende, asimismo, una falta de coordinación entre los niveles asistenciales que provoca retrasos en el diagnóstico, actuaciones inconexas y utilización de recursos de forma inadecuada.

Además de los objetivos propuestos para el control de los factores de riesgo que inciden sobre la patología cardiovascular en otros apartados del Plan, se proponen los siguientes:

OBJETIVO 1. Durante 1994 el 90% de Equipos de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento implantarán el Programa de Hipertensión Arterial.

1.1. Durante 1993 se constituirá un grupo de trabajo que, siguiendo las líneas del consenso para el control de la hipertensión arterial en España, elaborará el programa.

OBJETIVO 2. Para 1995 el 90% de los Equipos de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento aplicarán los protocolos de control de colesterol sérico total.

2.1. Durante 1993 se desarrollarán dichos protocolos, que deberán incluir, necesariamente, la dieta en lugar preferente y complementariamente la medicación.

OBJETIVO 3. Para 1996 se habrán incrementado los recursos actuales dedicados a la asistencia del enfermo cardiovascular.

3.1. Para 1994 se habrán elaborado los protocolos de actuación que definan las actividades a realizar en los niveles de Atención Primaria y Especializada y los cauces de derivación entre ellos.

3.2. Durante el período 1993/96 se incrementarán los recursos en medios diagnósticos, así como en cirugía cardíaca y vascular periférica.

Cáncer La incidencia y mortalidad por cáncer es un problema de salud relevante tanto por su magnitud como por la existencia de medidas de prevención primaria y de diagnóstico precoz que pueden ser aplicadas.

El cáncer es la segunda causa de muerte en la Región y la primera para el grupo de edad de 15 a 64 años. El número total de muertes que produjo en 1989 fue de 1.716, con una tasa por cien mil habitantes de 164,0, lo que supone el 20,9% de todas las muertes.

Fue el causante para la misma fecha de 11.101 Años Potenciales de Vida Perdidos, el 27,1% del total de A.P.V.P. de la Región, lo que le convierte en la segunda causa de importancia después de Causas Externas. Por sexos, le corresponde a hombres un mayor porcentaje de A.P.V.P. (56,7%) que a mujeres (43,3%).

En 1987-88 se registraron 2.906 casos nuevos en hombres y 1979 en mujeres (3.549 y 2.463 respectivamente, si se incluyeran los cánceres de piel). La tasa de incidencia ajustada por edad es de 239,7 por cien mil en hombres y 140 en mujeres. Al comparar el período 1983-85 con el de 1987-88 se observa un aumento en la incidencia para la mayoría de las localizaciones, con excepciones como el cáncer de estómago, que desciende en su incidencia para ambos sexos.

Territorialmente, la mortalidad por cáncer de pulmón, vejiga y próstata es superior en el municipio de Cartagena comparado con el municipio de Murcia y con la media regional. La incidencia, que se considera un indicador más directo de la exposición a factores de riesgo, también es más alta para el Area de Salud de Cartagena con un exceso de riesgo del 13% en hombres y del 4% en mujeres, respecto a la media regional y para todas las localizaciones en conjunto, con incrementos estadísticamente significativos en cáncer de pulmón. No resultan estadísticamente significativos la mayor incidencia del cáncer de mama en el Area de Murcia, la de cáncer de vejiga en hombres en el Area de Cartagena y la de cáncer de laringe en la Vega del Segura.

Al comparar con otras regiones españolas que también tienen registro de cáncer, destaca la elevada incidencia en Murcia del cáncer de labio, pulmón y vejiga en hombres y labio y colon en mujeres.

Ajustando a la población mundial las tasas de incidencia anual de cáncer por cien mil habitantes para el período 1987-88 sitúa las principales localizaciones en la piel para los hombres (tasa de 52,1 casos por 100.000 habitantes) y en la mama para las mujeres (tasa de 41,1 casos por 100.000 habitantes).

Hay que resaltar que el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el primer lugar dentro de las muertes producidas por el grupo de cáncer con 298 fallecidos para el año 1989, lo que supone una tasa de 28,5. Es también la

primera causa de A.P.V.P. dentro del grupo Tumores con un total de 1.561 años perdidos, de los que más del 91% se han perdido en el grupo de varones, para los que supone la tercera causa de muerte (tasa 51,7).

El cáncer de cuello del útero se sitúa en novena posición con una tasa de incidencia anual de 6,5, y su mortalidad figura entre las causas de mortalidad evitable por la existencia de medidas de prevención secundaria efectivas. La mortalidad por esta causa (tasa de mortalidad 2,27) es significativamente mayor en Murcia comparada con España, si bien las estadísticas de mortalidad para este apartado son poco fiables. Actualmente, en la Región se realiza screening oportunista de cáncer de cérvix, principalmente en centros de planificación familiar, algunos hospitales o en revisiones puerperales.

El cáncer de mama es la primera causa de mortalidad por cáncer en el grupo de mujeres con un total de muertes en 1989 de 121, lo que supone una tasa de 22,9 (tomando como denominador población femenina exclusivamente) y consumió un total de 1.133 A.P.V.P. en 1989. No existe en la Región ningún programa comunitario de screening de cáncer de mama.

Se estima que el 80-90% de los cánceres podrían ser evitados si se controlarán los factores extrínsecos que son responsables de los mismos. Estos factores incluyen carcinógenos químicos, hábitos como el consumo de tabaco y alcohol, ciertas infecciones víricas, dieta y contaminación ambiental, entre otros. No obstante, de no adoptarse medidas preventivas se espera que continúe la tendencia creciente en la incidencia y mortalidad en la mayoría de tumores, con especial señalamiento de aquellos asociados al hábito tabáquico, en mujeres.

No está evaluado el gasto en asistencia, rehabilitación ni en prevención que origina el cáncer en nuestra comunidad. Sólo de manera puntual se puede intentar la aproximación a la cuantificación de su importancia, como el que los enfermos con cáncer causan el 5% de las estancias hospitalarias, o que representa el segundo concepto del gasto farmacéutico de los hospitales después de antibióticos. Además, un 36% de los enfermos pertenecen a población laboralmente activa.

Los recursos específicos con que cuenta el sistema sanitario están formados por: una Unidad de Oncología Médica del H. Arrixaca con 4 facultativos, compartiendo las camas con el Departamento de Medicina Interna; un Servicio de Oncología Radioterápica con 3 facultativos y un equipamiento que apenas cumple los requisitos de Centro Ligero de Radioterapia según las recomendaciones del Libro Blanco de la Oncología en España; un médico, a tiempo parcial, dedicado a Oncología Pediátrica; y un hematólogo y un internista que se ocupan de la problemática oncológica tanto en el H. Rosell como en el H. General respectivamente. No existe una unidad específica de Cirugía Oncológica ni unidades de Cuidados Paliativos.

Teniendo en cuenta la incidencia de cáncer en la Región y las recomendaciones del Libro Blanco de la Oncología en España, los enfermos nuevos que necesitarían tratamiento en Unidades de Oncología Médica públicas serían aproximadamente 1.500/año y en unidades de radioterapia públicas 1.400/año, habiendo sido atendidos en 1990, 666 y 304 pacientes nuevos respectivamente, a pesar de lo cual, no existe lista de espera para las primeras, y de aproximadamente dos meses y medio para los segundos.

OBJETIVO 4. Para 1996 el 60% de mujeres con edades comprendidas entre 25-64 años estarán incluidas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix.

- 4.1. Durante 1993 se elaborarán los protocolos que conformen el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix a nivel comunitario.
- 4.2. El programa se implantará en 1994 en los Equipos de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento, debiendo tener un desarrollo progresivo y paralelo a la cobertura de Atención Primaria.

OBJETIVO 5. Para 1996 el 40% de las mujeres comprendidas entre 50-65 años estarán incluidas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

- 5.1. En 1993 se constituirá un grupo de trabajo que definirá los protocolos de actuación del programa.
- 5.2. El programa se implantará con carácter de experiencia piloto en un Área de Salud para 1994 y deberá extenderse, al menos, a la mitad de las Áreas de Salud para 1996.

OBJETIVO 6. Para 1996 se habrán incrementado los recursos actuales dedicados a la asistencia del enfermo de cáncer.

- 6.1. Para 1994 las actividades a realizar en los niveles de Atención Primaria y Especializada, así como los canales de derivación y comunicación entre ellos, habrán sido protocolizados.
- 6.2. Para 1995 el Hospital V. Arrixaca dispondrá de una unidad completa de oncología médica, oncología radioterápica y cuidados paliativos, y se potenciará la unidad de oncopediatria.
- 6.3. Para 1996 el Hospital General y el Rosell dispondrán de una unidad de oncología médica y oncología radioterápica.

Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que conlleva de no proceder a un adecuado control metabólico precoz, un deterioro orgánico multisistémico con secuelas irreversibles que dan lugar a una alta morbi-mortalidad, siendo la mayor parte de dichas secuelas prevenibles.

La esperanza de vida entre los diabéticos está acortada respecto al resto de la población y su calidad de vida se ve a menudo disminuida debido a las graves y frecuentes complicaciones que presentan. Se estima que el 16% sufren insuficiencia renal, el 40% neuropatía diabética, entre el 40% y el 50% retinopatía diabética, el 6% ceguera y el 7% amputaciones. La diabetes mellitus acelera, así mismo, la aterogénesis e incrementa el riesgo de cardiopatía isquémica, especialmente en mujeres. En estudios poblacionales, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad coronaria son de 2 a 3 veces superiores entre hombre diabéticos, y hasta 7 veces superiores en mujeres diabéticas.

Esta enfermedad es responsable del 3,2% de las defunciones con una tasa de 24,9/100.000 (aunque esta cifra puede estar subestimada, ya que según la O.M.S., sólo en el 5% de los certificados de defunción de diabéticos estará contemplada su enfermedad), y consume el 1,3% de Años Potenciales de Vida Perdidos.

Las cifras de prevalencia estimadas oscilan, según diversos estudios, entre el 2% y el 5% de la población, y no se dispone de datos que establezcan el perfil del paciente diabético en relación a aspectos como grupo social, distribución territorial, sexo o grupo de edad.

La efectividad de los programas de asistencia sanitaria a diabéticos y la educación diabetológica viene avalada por ejemplos como el programa aplicado en Dinamarca que obtuvo los siguientes resultados:

- La expectativa de vida del diabético tipo I tras las primeras manifestaciones de la enfermedad era de 35-40 años en los años 1960-70 pasando a ser de 50-60 en los años 1980-90.
- Se redujeron las complicaciones con ceguera en más de un 25%.
- En 1960 el 50% de los diabéticos con proteinuria evolucionaban a insuficiencia renal en los 10 años siguientes precisando diálisis. En 1991 se estima en el 10% los que sufren esta evolución.
- Las amputaciones se redujeron en un 50% en 10 años.
- Las muertes perinatales de madres diabéticas descendieron del 7% en 1975 al 1% en 1991.

En España se ha llegado a cuantificar (Moncada y col.) un ahorro de entre 7 y 10 pesetas en asistencia sanitaria, por cada peseta invertida en educación diabetológica.

Los recursos sanitarios que en la actualidad son destinados específicamente al problema en la Región están compuestos por tres unidades de Endocrinología correspondientes a las Areas II (H. Rosell), III (H. Rafael Méndez), I y VI compartidas (H. Arrixaca). En total las componen 9 facultativos endocrinólogos, siendo atendida la diabetes en las Areas IV y V por Medicina Interna. Existen, asimismo, 5 cupos no jerarquizados de Endocrinología (4 en Murcia y 1 en Cartagena). En Atención Primaria, aproximadamente la mitad de los equipos tienen programas acreditados de atención a la diabetes.

Uno de los mayores problemas detectados parece ser la descoordinación existente tanto entre los distintos niveles asistenciales, como dentro del propio nivel, lo que provoca, aparte de unos gastos innecesarios por la falta de protocolos unificados de actuación frente a la diabetes (duplicidad de pruebas complementarias), que un gran número de diabéticos tipo II esté sin diagnosticar, y que frecuentemente la asistencia a los diagnosticados sea catalogada de inadecuada. No existen datos globales que permitan medir el gasto sanitario que origina la diabetes, sin embargo, sí es posible una aproximación a la magnitud del problema a través de algunos datos puntuales como el gasto farmacológico (339 millones anuales en la Región) o de jeringuillas y tiras reactivas para la determinación de glucemias y glucosurias (78 millones).

No hay que olvidar, finalmente, la repercusión de la diabetes sobre el entorno familiar, social y laboral del diabético, y la merma en calidad de vida medida tanto en términos económicos y psicológicos como en complicaciones agudas o crónicas.

OBJETIVO 7. Para 1994 el 90% de las Zonas Básicas de Salud que dispongan de Equipo de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento desarrollarán las actividades del Programa de Atención al Diabético.

7.1. En 1993 se elaborará el programa que contemplará, necesariamente, la organización de la asistencia a través de la protocolización terapéutica y normalización de los criterios de derivación entre niveles. El apartado correspondiente a educación para la salud deberá ocupar un lugar preeminente dentro del programa y se potenciará el asociacionismo entre los afectados. Incluirá, asimismo, las actividades necesarias para tratar las complicaciones crónicas y singularmente la retinopatía diabética.

La prevalencia de patología psiquiátrica global en los estudios realizados en estos últimos 15 años, arrojan unos datos que varían entre el 19% y un 28% en población general. En España, los estudios de prevalencia en población general muestran tasas similares.

Psicosis

Se definen como un grupo de trastornos según criterios DSM-III-R, que incluyen a los trastornos esquizofrénicos, delirantes y otros trastornos psicóticos, y que se caracterizan en su mayoría por su tendencia a la cronicidad, alteración de la conciencia y de la realidad, ruptura biográfica y deterioro en la competencia socio-familiar, laboral e interpersonal.

La mayoría de estudios epidemiológicos revisados, se refieren a los trastornos esquizofrénicos aportando para la esquizofrenia tasas de incidencia que oscilan entre 0,42 a 0,51 por mil. La prevalencia, morbilidad y severidad de presentación son mayores en áreas urbanas que en áreas rurales. Los datos no permiten respecto a la esquizofrenia una diferenciación significativa estadísticamente entre hombres y mujeres aunque la mayoría de autores coinciden en una prevalencia elevada en grupos de bajo nivel socio-económico, así como que la incidencia se equipara en todos los niveles.

Otros trastornos psicóticos como los trastornos delirantes presentan una incidencia de 1-3/100.000 y una prevalencia del 0,03%, pero estos datos podrían ser mayores debido a que muchos pacientes con estos trastornos no acceden a los servicios sanitarios. Destaca, a diferencia de la esquizofrenia, un ligero predominio en mujeres.

Son escasos los trabajos de investigación sobre mortalidad en esquizofrenia, aunque algunos autores afirman que la misma en la población esquizofrénica es 1,8 veces mayor en relación a la población general del mismo intervalo de edad.

Los trastornos psicóticos en general conllevan un alto riesgo de incapacidad, siendo esto especialmente relevante en la esquizofrenia con un 45% de mal pronóstico frente a un 13% de buen pronóstico. Diversas circunstancias influyen en la evolución de estos pacientes, como son el tipo de diagnóstico, la cobertura asistencial, el medio familiar, el medio socio-cultural.

La repercusión de estos trastornos en el entorno del enfermo se traduce en un alto riesgo de pérdida de la competencia social, laboral y familiar. Persisten así mismo gran cantidad de prejuicios sobre estos pacientes producto de un déficit de información y deformación de la imagen del paciente psicótico en el medio social. Dichos prejuicios generan actitudes en la población de rechazo, marginación, miedo y ocultación así como, una discriminación legal de estos pacientes con una consideración jurídica diferente en comparación a otros grupos con minusvalías.

Trastornos neuróticos

Con esta denominación se hace referencia a un grupo de trastornos que estarían incluidos mayoritariamente en los apartados del DSM-III-R, en los grupos de “Trastornos de Ansiedad, Distimias Depresivas, Trastornos Somatiformes, Disociativos y Trastornos Adaptativos”. Se hace referencia especial a aquellos trastornos que cursan de forma crónica produciendo alteraciones que dificultan el funcionamiento normal, con riesgo de ganancias secundarias que incapacitan más al paciente y que suelen llevarle a un consumo excesivo de servicios sanitarios.

La prevalencia de trastornos neuróticos en población general oscila entre el 7,8% y el 13,8% existiendo coincidencia al considerar un predominio de trastornos neuróticos en mujeres con una relación de 8 a 5 frente a hombres.

En cuanto a la edad de comienzo de estos trastornos varía en función del tipo, con predominio de las fobias durante la infancia y los trastornos por angustia para el final de la tercera década de la vida.

En los servicios ambulatorios de salud mental de la Comunidad Autónoma de Murcia (Centros de Salud Mental dependientes de la Consejería de Sanidad), los trastornos neuróticos suponen la patología más frecuente si consideramos las primeras consultas realizadas en los centros. En los datos referidos a 1990, los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad y trastornos somatiformes, que incluyen la mayor parte de trastornos neuróticos, supusieron el 68% de las primeras consultas atendidas en los Centros de Salud Mental, frente a un 13,7% que correspondía a trastornos de personalidad y un 12% que correspondían a trastornos psicóticos.

En Atención Primaria, el 76% de la morbilidad psiquiátrica atendida son neurosis, sobre todo depresivas y de ansiedad. Las psicosis suponen un 10,1% y el resto de problemas mentales el 13,6%.

Aunque no son precisos los datos sobre lo incapacitante de este tipo de trastornos, pues en muchas ocasiones se encuentran enmascarados en diversos “trastornos orgánicos”, las incapacidades laborales transitorias y las pensiones de invalidez en este tipo de pacientes son suficientemente frecuentes como para valorarlos como datos relevantes. Otro grupo de datos que avala su trascendencia es el gasto sanitario que producen, tanto por la utilización de fármacos en general y psicofármacos en particular, como por la frecuentación de servicios.

Demencia senil

Se define la tercera edad como el período y proceso de la vida que se caracteriza en aquellos casos en que no se produce una muerte prematura, con un progresivo deterioro de las personas físicas cognoscitivas y en nuestro medio socio-cultural de una pérdida de rol social. Exige un enorme esfuerzo de adaptación y puede generar sentimientos y actitudes negativas en el individuo y su entorno, como aislamiento y soledad, abandono, dependencia y pérdida de autoestima.

Este proceso de envejecer se ve especialmente agravado por los procesos degenerativos cerebrales, con alteración cognoscitiva y afectiva, no reversible tras su instauración y con un pronóstico de progresividad. Si bien el proceso de envejecimiento presenta grandes variaciones individuales, se considera población involucrada en el proceso a los mayores de 65 años. Para los procesos con deterioro psíquico orgánico, se estima una prevalencia en esta población del 22% para cualquier grado de afectación.

Los procesos de demencia afectan al 12% de los mayores de 65 años y al 4,15% de ellos de forma grave por lo que, según estos datos, los casos de demencia con afectación grave serían en la Región de Murcia superior a las 5.000 personas. Actualmente en un 60% ó 70% de las demencias es posible bloquear los síntomas con el diagnóstico y terapéutica adecuados, siendo en este apartado crucial el papel de la Atención Primaria de Salud, tanto en la faceta de diagnóstico precoz, como en la asunción y control de la terapéutica básica etiológica, sintomática y plan de cuidados.

El paciente demente en sus primeras fases puede precisar de cuidados mínimos, básicamente acompañamiento, calculándose unos ratios por Servicios Sociales para valorar las necesidades de ayuda a domicilio del 8% para los mayores de 65 años, lo que significa para la Región de Murcia la cantidad de 8.931 potenciales beneficiarios.

El número de beneficiarios en 1991 del Programa de Ayuda a Domicilio de Servicios Sociales en la Región ha sido de 1.522. Globalmente, el gasto de este servicio fue de 260 millones de pesetas, con un coste medio por beneficiario de 170.000 pesetas, lo que representa una cifra de 850 millones para los 5.000 posibles demandantes. Se estima un coste medio de dos millones de pesetas por paciente y año para ingresos en residencias sanitarias, cantidad bastante mas elevada en centros hospitalarios.

En la Región de Murcia, la dotación de camas asistidas es en la actualidad:

- 60 en conjunto residencial (Espinardo).
- 130 en el geropsiquiátrico de la Residencia Luis Valenciano.

Las plazas de residencia para mayores de 65 años son estimadas en torno al 3,5% para una población de 111.694 (más de 65 años), lo que totalizaría para la Región de Murcia unas necesidades globales de 3.906 plazas, calculándose que un 10% de estas plazas deben ser asistidas para tratamiento de pacientes terminales. Las necesidades, por tanto, de camas asistidas son de aproximadamente 390 para la Región, por lo que el déficit actual se situaría en torno a las 200 camas. Por el crecimiento del colectivo de personas mayores y la extensión y perfeccionamiento del sistema de cuidados, la atención a los problemas de la tercera edad es una demanda emergente y un sector que va a precisar crecientes inversiones.

Salud mental infanto-juvenil

Al estudiar la casuística sobre las diferentes alteraciones mentales en la infancia y adolescencia atendidas en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Región de Murcia, destacan entre otros, los siguientes tres grandes grupos de trastornos:

- Trastornos afectivos:
 - T. por ansiedad y temor.
 - T. por tristeza e infelicidad.
 - T. por timidez y retraimiento social.
 - Problemas de relación.
 - Otras alteraciones emocionales.

- Trastornos de Conducta.

- Trastornos Psicóticos:
 - Psicosis de la primera infancia.
 - Psicosis de la segunda infancia.
 - Trastornos psicóticos de la adolescencia.

Los trastornos afectivos son los que por su incidencia ocupan el primer lugar en el número de casos que se atienden. Durante la fase aguda producen angustia familiar, desorientación y confusión, y en ocasiones absentismo escolar. Tienen un pronóstico relativamente favorable, sin embargo, en más de una tercera parte de los casos persisten durante un mínimo de tres años y una proporción de esos niños muestran afecciones neuróticas o depresivas en la edad adulta. Si estos trastornos afectivos no se detectan a tiempo o no se atienden debidamente pueden desembocar a corto plazo, en un fracaso escolar y/o en un fracaso en las relaciones interpersonales del niño con su entorno, siendo su final más dramático el suicidio infantil. A largo plazo, darían lugar a patologías neuróticas y problemas de personalidad en el adulto.

OBJETIVO 8. Para 1994 se implantará con carácter de experiencia piloto en un Área de Salud el Programa de Salud Mental, que se extenderá, tras su evaluación, al resto de Áreas para 1996.

8.1. Durante 1993 un grupo de trabajo intersectorial elaborará un programa de intervención basado en el diagnóstico precoz que establecerá protocolos adecuados de atención y derivación entre Atención Primaria, Equipo de Salud Mental y Unidades de Hospitalización y garantizará la continuidad durante el proceso de atención.

8.2. Para 1994 se habrán establecido los acuerdos intersectoriales entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia que posibiliten una línea de actuación homogénea frente a la problemática de salud mental infanto-juvenil y adultos.

8.3. Para 1995 se implantará un programa de rehabilitación elaborado conjuntamente entre los departamentos de salud y servicios sociales que defina los objetivos a lograr en los diferentes problemas de salud mental y los dispositivos necesarios, con delimitación de funciones y criterios normalizados de derivación entre ellos. Este programa incluirá la definición de los cuidados y ayuda domiciliaria, así como las necesidades de camas asistidas para diferentes patologías y para residencias de mayores de 65 años.

Enfermedades congénitas

Se consideran enfermedades congénitas las que se padecen desde el momento del nacimiento. Algunas tienen su origen en problemas del embarazo o del parto, mientras que otras tienen una base genética y son hereditarias.

La evolución experimentada en los países desarrollados ha supuesto un cambio en el patrón de morbi-mortalidad infantil, que en la actualidad está formado predominantemente por enfermedades total o parcialmente determinadas por factores genéticos, en detrimento de las enfermedades de tipo infeccioso.

Las enfermedades congénitas constituyen la primera causa de mortalidad perinatal (35%) e infantil (10%), y una de las primeras causas de infertilidad (en el 85% de los abortos del primer trimestre existe una alteración cromosómica o una alteración anatómica).

Aproximadamente el 6% de los recién nacidos presentan al nacer algún tipo de enfermedad congénita. De ellas, el 2,5% pueden considerarse anomalías mayores y estas cifras se doblan al año de vida cuando sus efectos se ponen de manifiesto. Pero estas estimaciones se hacen aún más relevantes si se tiene en cuenta que, en caso de superar la etapa perinatal, muchas de las enfermedades congénitas serán responsables de diversos grados de invalidez o irán acompañadas de una minusvalía mental o sensorial definitiva.

La trascendencia sanitaria es considerable, ya que aproximadamente entre un 20-30% de las hospitalizaciones pediátricas corresponden a procesos malformativos o a enfermedades genéticas (génicas o cromosómicas) y la duración del período de hospitalización en estos niños se incrementa notablemente. Por ejemplo, para niños con enfermedades genéticas recesivas esta duración es de 12 a 24 veces la del total de nacidos vivos, siendo de 13 a 19 días por niño afectado durante los primeros cinco años de vida.

En la Región nacen al año aproximadamente 14.000 niños de los cuales 800 sufren taras congénitas y la mitad tendrá algún grado de subnormalidad.

Las enfermedades congénitas determinadas total o parcialmente por factores genéticos, en su mayoría no tienen tratamiento, por lo que solamente pueden prevenirse mediante estudios genéticos, consejos genéticos y diagnóstico prenatal.

Metabolopatías

Las metabolopatías son enfermedades que sin tratamiento o con demora en la instauración del mismo cursan con daño cerebral irreversible y retraso mental. Se estima que, aproximadamente, el 5% de la subnormalidad, o deficiencias mentales son producidas por errores congénitos del metabolismo o metabolopatías. No obstante, buena parte de enfermedades de este gru-

po son prevenibles, constituyendo una alternativa claramente rentable la detección precoz de dichos procesos, ya que el gasto de la prevención de una metabopatía es inferior al coste que supone el deficiente mental no detectado y/o internado en un centro especial, sin contar el coste añadido que supone su no incorporación al mundo laboral.

En la Región de Murcia, y desde 1978, está implantado el Programa de Detección Precoz Neonatal de Metabopatías cuya cobertura ha crecido del 42% cuando se instauró, al 95,6% en 1991. Las enfermedades incluidas en el Programa son:

- Fenilcetonuria (PKU)
- Tirosinemia
- Jarabe de Arce (MSUD)
- Cistinuria y Homocistinuria
- Hipotiroidismo Congénito Primario
- Hiperplasia Adrenal Congénita (H.A.C.)
- Déficit de Biotinidasa

La detección se lleva a cabo mediante “screening” de los recién nacidos de la Región, a través de una muestra de sangre y orina, siendo la fecha adecuada para la toma de la misma entre el quinto-séptimo día de vida, para evitar, tanto falsos negativos (antes del quinto día), como retrasos en la instauración del tratamiento.

TABLA 3.16. PERIODO DE TOMA DE MUESTRAS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ NEONATAL EN LA REGION DE MURCIA DURANTE 1991.

Días de vida	% Muestras
<5	2
5-7	63,12
8-15	33
16-31	1,3
>31	0,58

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínicas.

Junto a los estudios descritos anteriormente, el Centro de Bioquímica viene realizando desde 1988 el estudio sistemático de organicoacidurias en niños con patologías asociadas, facilitando el inicio precoz del tratamiento clínico y contribuyendo a mejorar el pronóstico de estas enfermedades, especialmente la prevención de las alteraciones neurológicas que se originan en ausencia de tratamiento.

Desde 1988 se han estudiado 80 casos bajo sospecha de organicoaciduria. Las muestras para su estudio llegaron de los servicios hospitalarios, procedentes de niños o adultos con problemas neurológicos. Las enfermedades detectadas en este período figuran en la tabla 3.17.

TABLA 3.17. RESULTADOS DE 80 CASOS DE ORGANICOACIDURIAS ANALIZADOS.

		Edad
Aciduria láctica	5	4 neonatal 1 infantil (3 años)
Aciduria metimalónica	2	1 neonatal 1 prenatal
Aciduria glutárica tipo I	2	infantil (6 y 8 años)

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínicas.

Anomalías cromosómicas

Las anomalías cromosómicas en conjunto son responsables de un tercio de los casos de retraso mental grave y del 10% de los niños con malformaciones. La incidencia en recién nacidos es de 1/142.

Las que no producen retraso mental pueden producir anomalías del desarrollo sexual, o ir asociadas a fenotipo normal (anomalías estructurales equilibradas), pero el individuo portador tiene alto riesgo (12% aproximadamente) de infertilidad y/o descendencia con retraso mental. El diagnóstico se lleva a cabo mediante el estudio citogenético o examen del cariotipo, cuya indicación se produce en caso de malformaciones múltiples, anomalías del desarrollo sexual, baja talla sin otro tipo de patología, esterilidad de causa desconocida, cuadro clínico orientativo de cromosomopatía, retraso mental de causa desconocida o no aclarada, dos o más abortos en la historia familiar, hijo muerto al nacer o nacido muerto e hijos o padres portadores de cromosomopatías. El diagnóstico de anomalías cromosómicas, basado en estas indicaciones y posterior asesoramiento genético, se considera aceptablemente cubierto en nuestra Región, siendo la demanda satisfecha aproximadamente del 90%, aunque con una lista de espera media de tres meses. Sin embargo, el diagnóstico prenatal de estas anomalías es muy deficitario y cubre una mínima proporción de la población de riesgo.

Los estudios citogenéticos son costosos, pero lo que los hace extraordinariamente rentables es que mediante un solo análisis se pueden diagnosticar todas las anomalías cromosómicas, lo que no es posible para las enfermedades debidas a mutación génica.

Aunque la frecuencia de niños malformados en la Región es idéntica a la media nacional (2%) y se sitúa entre los países de frecuencias medias-ba-

jas, la frecuencia global del síndrome de Down en España (1,5 por mil recién nacidos vivos) nos incluye entre los países de alta frecuencia, siendo en nuestra Comunidad Autónoma la frecuencia de este síndrome incluso superior (2,25 por mil recién nacidos vivos).

Dada la fuerte relación que existe entre la edad materna y el síndrome de Down, la alta proporción regional de mujeres que tienen hijos cuando han superado los 34 años (10,5%) es una de las razones que justifica la mayor tasa respecto a otros países. Otra razón de la alta frecuencia regional de síndrome de Down radica en la baja cobertura del diagnóstico prenatal con aborto terapéutico de los casos diagnosticados. Así, durante 1990 y 1991 en el grupo de edad igual o superior a 35 años solamente se ha controlado mediante estudios citogenéticos el 5-6% de los embarazos, y entre el 11-12% en el grupo de 38 y más años.

TABLA 3.18. EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO. RESULTADOS 1990

Edad	Nacidos vivos	Casos estudiados	%	Riesgo anomalía
35 a 37	838	12	1,4	>1/200
38 y 39	294	22	7,5	>1/103
40 o más	334	49	14,7	>1/65
Total	1.466	83	5,7	

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínicas.
Movimiento Natural de la Población 1988. C.R.E.

La detección prenatal de trisomía 21 y la subsiguiente Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.) en el grupo de mujeres más añosas haría disminuir la prevalencia al nacer de este grupo.

Enfermedades congénitas debidas a mutación génica

La prevención de las Enfermedades Congénitas debidas a mutación génica es bastante deficitaria en la Región. El diagnóstico de estas enfermedades y el asesoramiento genético adecuado de portadores pueden llevar a reducir su frecuencia, bien mediante diagnóstico prenatal para las que existe la tecnología adecuada, bien mediante un cambio en las decisiones reproductivas de los individuos de riesgo, para las que aún no pueden diagnosticarse intraútero.

Enfermedades con herencia multifactorial

Las malformaciones o enfermedades congénitas que se acompañan de una alteración morfológica del feto son muy variadas en cuanto a su origen y herencia, pero en general el riesgo de recurrencia varía para los parientes en primer grado del individuo afectado entre 1% y 10%. Estas ano-

malías, sin embargo, suelen poder diagnosticarse en su mayoría mediante un examen ecográfico detallado y experto en la primera mitad de la gestación (20 semanas).

OBJETIVO 9. Para 1996 se habrá incrementado la cobertura del Programa de Detección Precoz Neonatal de Metaboloopatías hasta el 98% de los recién nacidos, con un 80% de muestras recogidas entre el 5º y 7º días de vida.

OBJETIVO 10. Para 1996 se habrá incrementado la detección de casos/portadores en, al menos, las siguientes enfermedades: Anomalías Cromosómicas, Fibrosis Quística, Distrofias Musculares de Duchenne y Becker, Retinosis Pigmentaria, Síndrome del X Frágil y Hemoglobinopatías.

10.1. Para 1996 la cobertura de asesoramiento genético en individuos de riesgo de las enfermedades reseñadas alcanzará el 80%.

10.2. Para 1996 se realizará diagnóstico prenatal en el 50% de los individuos de riesgo de dichas enfermedades.

Discapacidades, deficiencias y minusvalías

Con los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías elaborada por la Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología en el año 1986, Murcia registraba una tasa por cien mil habitantes para todas las edades y todos los procesos inferior a la nacional (9.703 vs 14.979). La misma línea se confirma al agrupar en menores de 6 años (663 vs 1.841) de 6 a 64 años (5.599 vs 9.090) y de 65 y más años (43.727 vs 56.261), aunque hay que señalar que se desconocen los intervalos de confianza de dichos valores, así como su significación estadística.

Como se observa, las mayores tasas corresponden al grupo de 65 y más años, cuya diferencia con el resto de edades es muy elevada, lo que unido a las perspectivas de progresivo envejecimiento de la población, otorga una relevancia especial al problema.

Las limitaciones más frecuentemente declaradas en todos los grupos de edad han sido correr y subir escaleras, si bien los considerados más limitantes podrían ser las indicadas en la tabla 3.19.

TABLA 3.19. PERSONAS CON ALGUN TIPO DE LIMITACION PERMANENTE. TASAS POR CIENTO MIL HABITANTES DE CADA GRUPO DE EDAD. REGION DE MURCIA. 1986

Edad	Cuidado personal	Andar	Actividades vida cotidiana	Conducta
<6 Años				
Murcia	245,01	224,28	224,28	438,82
Total España	196,32	226,98	138,83	287,33
6-64 Años				
Murcia	409,89	4.273,58	1.089,28	1.176,11
Total España	463,53	10.427,07	1.305,65	1.493,93
65 y más años				
Murcia	6.368,07	11.098,23	10.995,86	3.245,37
Total España	5.689,04	11.828,41	9.460,57	4.201,69

Fuente: INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. 1986.

OBJETIVO 11. En 1995 se implantará con carácter regional el Programa de Intervención en materia de Discapacidades y Minusvalías.

11.1. Durante 1993 un grupo de trabajo formado por Asuntos Sociales, Sanidad y Educación definirá la operativización de los conceptos de discapacidad/minusvalía, niveles mínimos garantizados de atención, delimitación de funciones y competencias, modelo de prestación de servicios y sus criterios de acreditación. Debe contemplar, asimismo,

desde la prevención global hasta los aspectos relacionados con la rehabilitación integral (formación, mercado laboral, eliminación de barreras...).

- 11.2.** Para 1994 se habrán implantado los mecanismos de coordinación entre las distintas administraciones con el fin de integrar sus actuaciones a nivel primario. Los Centros de Servicios Sociales de Zona asumirán las funciones de recogida de información y derivación a los recursos existentes del sistema sanitario, educativo y social, elaborando y difundiendo una guía de recursos.

La situación del estado dental en la Región de Murcia en 1989, a la vista del estudio realizado a escolares de 6, 12 y 14 años, sin ser óptima, sí es mejor que la de los países de nuestro entorno y Comunidades Autónomas que han publicado resultados. Son hallazgos similares a los de otros estudios: mayor afectación del sexo femenino y de alumnos de centros públicos, y menor afectación en niños procedentes de centros urbanos. El índice de restauración estudiado es muy bajo, aunque comparable al resto de encuestas españolas y a una gran distancia del obtenido en países de nivel socioeconómico y cultural homologable al nuestro.

Los datos más destacables son los siguientes:

- La prevalencia de escolares con caries es a los 6 años del 45,4%, a los 12 años del 68,7% y a los 14 años del 75,5%.
- Afecta significativamente más al sexo femenino tanto a los 12 como a los 14 años.
- En el conjunto de las tres edades (6, 12, 14 años) existe una mayor afectación en el Área de Salud de Cartagena y menos en la de Murcia.
- Para las tres edades (6, 12, 14 años) se ven significativamente más afectados por caries dental los alumnos de colegios de titularidad pública.
- Globalmente el medio urbano resulta menos afectado que el periurbano y el rural.
- El valor promedio del Índice C.A.O.D. (se obtiene al dividir el número de piezas permanentes cariadas, ausentes por caries y obturadas entre el número de escolares explorados) es de 0,19; 2,31 y 3,38, a los 6, 12 y 14 años, respectivamente.
- El valor medio del Índice de Restauración (estudia la proporción de piezas dentales permanentes obturadas que contribuyen al valor global del C.A.O.D. Se obtiene dividiendo el componente "O" entre el C.A.O.D.) para escolares con C.A.O.D. mayor de cero es de 0,19 y 0,20 para los 12 y 14 años. Es significativamente mayor en: niñas a los 12 y 14 años; Área de Salud de Cartagena para los mismos grupos de edad; colegios de titularidad privada y áreas urbanas.

OBJETIVO 12. Para 1996 habrá disminuido un 10% el índice C.A.O.D. a los 12 años de edad con respecto a los datos de la Encuesta de Salud Bucodental de 1989.

12.1. Para 1996 al menos el 90% de habitantes de la Región dispondrán de agua adecuadamente fluorada a través de las redes de abastecimiento.

12.2. Para 1996 al menos el 90% de los Equipos de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento desarrollarán estrategias de educación para la salud bucodental en la escuela en colaboración con el estamento docente.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Su importancia está motivada por ser uno de los problemas respiratorios más frecuentes, causante directo de una importante mortalidad, morbilidad e incapacidad, con un gran consumo de recursos sanitarios y unos costes económicos muy elevados, a pesar de que en gran medida es una enfermedad evitable.

Durante el año 1989 causó un total de 464 fallecimientos, lo que supone una tasa de 44,4/100.000 habitantes. Es asimismo, responsable del 2% de todos los Años Potenciales de Vida Perdidos en la Región durante ese año, con un total de 826 años, que se reparten desigualmente entre sexos de tal forma que, los hombres consumen el 71% del total.

Aparece situada entre los cinco primeros lugares de causas de mortalidad, según lista detallada, a la vez que está incluida entre las diez primeras causas de demanda en Atención Primaria, y equivale a un tercio de los pacientes atendidos en las consultas de Neumología, siendo la prevalencia a nivel estatal para la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E.P.O.C.) (incluyendo asma cronicado, bronquiectasias y cualquier otra enfermedad pulmonar que presente un componente de obstrucción crónica el flujo aéreo), de un 6% para la población general y de un 19% en varones mayores de 65 años.

Se estima, por extrapolación de datos, que provoca en la Región 3.226 ingresos hospitalarios por año con una estancia media de entre 7,6 y 9,4 días y un número aproximado de urgencias hospitalarias de 4.000. Si a todo lo anterior se añade que el 36% de todas las incapacidades laborales tienen diagnóstico de E.P.O.C., se comprenderá mejor la importancia del problema.

De entre los principales factores etiopatogénicos destaca el tabaco, que influye en el 90% de los casos. La polución atmosférica, tanto ambiental en general como específica del medio laboral, y las infecciones respiratorias repetidas, que pueden ser inductoras de E.P.O.C. en la edad adulta haciendo progresar la enfermedad a E.P.O.C. establecida, constituyen los otros dos factores etiopatogénicos más importantes.

La historia natural de la enfermedad justifica sin reservas el diagnóstico precoz de la misma. Después de un período de duración aproximada a 20 años tras el inicio del hábito tabáquico, etapa silente y no detectable por espirometría, comienza otra etapa en la cual los síntomas son escasos pero la espirometría permite detectar ya alteraciones del flujo aéreo. La intervención en este punto (cesación del hábito tabáquico) retrasaría la aparición de disnea e incapacidad, con un pronóstico generalmente bueno y una expectativa de vida similar a la del resto de la población. Es por tanto que la espirometría se convierte en la única forma de diagnóstico precoz bien contrastada. En la actualidad existen espirómetros en diez Centros de Salud de la Región.

En fases muy avanzadas de la enfermedad la oxigenoterapia se convierte en un medio eficaz de tratamiento. En la Región están actualmente recibiendo oxigenoterapia continua domiciliaria 1.970 enfermos, lo que supone una tasa de 197/100.000 aproximadamente, cifra superior a otras Comunidades Autónomas (117 Castilla-León y 60 Cataluña) y muy superior a otros países (36 Francia).

La función de la Fisioterapia en la E.P.O.C. se encuentra muy poco desarrollada. En la Región, de las 9 unidades de Fisioterapia existentes en Atención Primaria, en ninguna se lleva a cabo una tarea asistencial protocolizada de este problema. Únicamente a nivel hospitalario, y no al 100%, se practica fisioterapia respiratoria.

Problema similar parece desprenderse en las intervenciones realizadas por Atención Primaria, donde no existen protocolos de actuación para enfermos con E.P.O.C., realizados conjuntamente entre los médicos especialistas que atienden a estos enfermos y los médicos de Atención Primaria, lo que permitiría un mayor y mejor control sobre estos pacientes.

Finalmente, si se tiene en cuenta el efecto del tabaco como factor etiopatogénico y el incremento experimentado en la proporción de mujeres fumadoras y adolescentes, así como las altas tasas de fumadores en la población general, es probable que en los próximos años se incrementen tanto la mortalidad como la morbilidad debida a E.P.O.C., siendo este incremento de mayores proporciones en el sexo femenino.

OBJETIVO 13. Para 1996 se habrá implantado un programa de atención a pacientes con E.P.O.C. en el 90% de Equipos de Atención Primaria con más de un año de funcionamiento.

13.1. Durante 1993 se elaborará el programa que comprenderá las acciones a realizar por cada uno de los niveles asistenciales tanto en el proceso de diagnóstico como en el de tratamiento y control de las E.P.O.C., unificando pautas de actuación y analizando de forma específica el uso adecuado de la oxigenoterapia domiciliaria.

Insuficiencia renal

La insuficiencia renal es un problema multisectorial por su múltiple y variada etiología (diabetes, hipertensión, enfermedades hereditarias, nefropatías...). No se dispone de datos sobre su incidencia y prevalencia a nivel primario, porque la única información existente sobre este problema, se basa en los indicadores de mortalidad y en el número de pacientes que evolucionan precisando depuración extrarrenal. Actualmente la tasa de mortalidad por insuficiencia renal en la Región es de 11,86/100.000, con un ligero predominio del sexo femenino (12,48/100.000) frente al masculino (11,23/100.000).

No existen datos fiables sobre la incidencia de la insuficiencia renal aguda, tanto por su multicausalidad como por el variable grado de gravedad, que hace que sólo un pequeño porcentaje precise ingreso hospitalario. No obstante, parece observarse una tendencia a la disminución de casos producidos por fármacos nefrotóxicos e hipertensión, y al aumento de los producidos por abuso de heroína y cocaína.

De entre los pacientes que evolucionan hacia la insuficiencia renal crónica terminal son incluidos en programa de diálisis aproximadamente 60 por año, lo que hace que en la Región en este momento se estén dializando 426 pacientes (42,8/100.000 hab.), los cuales se distribuyen, según la técnica de depuración extrarrenal, en 371 en hemodiálisis tanto hospitalaria como en centros concertados, 5 en hemodiálisis domiciliaria y 50 en diálisis peritoneal continua ambulatoria.

El perfil por edad y sexo del enfermo dializado muestra un claro aumento de prevalencia conforme avanza la edad del paciente con casi un 40% de más de 60 años, y un 35% con edades comprendidas entre 40-60 años. Por sexo, predominan los hombres con el 58,5% (251) frente a las mujeres 41,5% (174).

La tasa de prevalencia de enfermos dializados según el Area de Salud de procedencia, sitúa el Area del Noroeste y el Area de Lorca con los valores máximo y mínimo respectivamente (49,09/100.000 y 30,34/100.000), siendo la tasa de la Región similar a la existente en los países occidentales de nuestro entorno. Sin embargo, factores como la mayor esperanza de vida en líneas generales, junto a la menor mortalidad debida a otras causas que condicionan la aparición de un mayor número de insuficiencias renales, y otras como la mayor supervivencia en diálisis o la universalización de la asistencia sanitaria prevén un aumento importante del número de pacientes dializados, y de la edad media de los mismos si se mantienen los actuales criterios de inclusión en el programa.

La situación en la Región en lo que respecta a transplante renal es claramente deficitaria, con 120 pacientes en lista de espera, habiéndose realizado en 1991 sólo 19 transplantes, lo que sitúa a la Región con una tasa de pacientes con transplante renal funcional de 10/100.000, por debajo de la media nacional.

Frente a esto, los recursos con los que cuenta el sistema sanitario de la Región son:

- Cuatro Centros de Diálisis con situación límite en cuanto a la disponibilidad de nuevos puestos de hemodiálisis.

- Los 371 puestos actualmente funcionantes se distribuyen:

Area I: – Hospital Virgen de la Arrixaca (111)

– Centro de Hemodiálisis (204)

Area II: – Nefroclub (48)

Area III: – Hospital Rafael Méndez (8)

- Una unidad de diálisis peritoneal situada en el Hospital Virgen de la Arrixaca, con escasez de recursos tanto de personal como de local para adiestramiento y control de estos pacientes.

- Tres centros autorizados para la extracción de órganos (H. V. Arrixaca, H. V. Rosell y H. General) y un centro autorizado para el trasplante renal (H. V. Arrixaca).

- Dos servicios de Nefrología (H. V. Arrixaca y H. Rafael Méndez).

Aparte de los problemas ya mencionados de trasplante y diálisis, el sistema sanitario de la Región se enfrenta a una serie de deficiencias que repercuten en la calidad del tratamiento recibido por el paciente renal, y que se concretan en el retraso para la realización de los accesos vasculares definitivos para hemodiálisis, así como en la necesidad de camas hospitalarias para enfermos nefrológicos y un local adecuado para policlínica de nefrología.

Finalmente, y aunque el número de enfermos con insuficiencia renal severa no es muy alto en relación con otras enfermedades crónicas, sí que hay que destacar la importancia del proceso por el alto coste que el tratamiento genera (farmacológico, dialítico, trasplante, estancias hospitalarias, desplazamientos, asistencia social...), y los trastornos que ocasiona tanto en el entorno laboral (pérdida del puesto de trabajo), como familiar (cabeza de familia, paciente geriátrico o deteriorados), social (aislamiento) y psíquico (depresión).

OBJETIVO 14. Para 1996 se realizarán más de 35 trasplantes renales anuales.

14.1. Para 1994 se habrán incrementado los recursos de la Unidad de Trasplantes.

14.2. Para 1995 habrá un 40% más de donantes de órganos que en 1992.

OBJETIVO 15. A partir de 1994 las actuaciones que realicen los niveles asistenciales frente al paciente renal habrán sido protocolizadas.

15.1. En 1993 se normalizarán las actuaciones preventivas y el manejo terapéutico dependiendo del tipo de enfermo, grado de evolución del proceso y nivel asistencial.

15.2. A partir de 1994 se desarrollarán las estrategias encaminadas a lograr la mayor eficiencia y la mejor calidad de vida del paciente renal, fomentando la descentralización de las Unidades de Nefrología y potenciando la diálisis domiciliaria.

Trastornos musculo- esqueléticos

La prevalencia a nivel nacional de los trastornos músculo-esqueléticos (enfermedades reumáticas) está situada en el rango del 25-30%, representando estos procesos la primera causa de restricción de actividad principal, referida a las dos últimas semanas en la población mayor de 15 años, con una media de 11,4 días por cien habitantes. Asimismo, ocupan el primer lugar entre las causas que obligan a guardar reposo en cama, en el mismo período y para la misma población, con una media de 5,1 días por cien habitantes.

Son responsables del mayor consumo de medicamentos, según pone de manifiesto la Encuesta Nacional de Salud, tras los destinados “para el dolor” y “para la tensión”, y suponen la primera causa de demanda de consulta en Atención Primaria en la Región.

En el período comprendido entre 1983-1986, el 73,3% de todas las invalideces concedidas en Murcia fueron de causa reumatológica, siendo esta proporción entre 2 y 3 veces superior a otras regiones del Estado. Gran parte de esta casuística está producida por tres entidades principalmente, a saber, problemas degenerativos (artrosis), lumbalgia y osteoporosis (postmenopáusica y senil).

La lumbalgia tiene una prevalencia estimada para la población española en 1980 del 7,3%, con una incidencia del 16% y con previsiones de constituir a medio plazo, el 20% de todos los problemas músculo-esqueléticos. De las repercusiones del proceso, basta decir que, el 13,6% de los pensionistas por incapacidad laboral lo era por lumbalgia.

Respecto a la osteoporosis es una enfermedad que se presenta en mujeres en una proporción de 6:1 en su forma idiopática reduciéndose esta proporción 2:1 para la senil. Entre los factores predisponentes destacan la deprivación estrogénica en mujeres por menopausia, la vida sedentaria y el déficit de ingesta dietética de calcio (en la Región, en personas mayores de 60 años) por lo que, y tomando en consideración los factores mencionados, es previsible que su incidencia se vea incrementada en el futuro.

La osteoartritis es considerada la enfermedad reumática más frecuente. Constituye la mayor causa de invalidez por procesos reumáticos con un 66% sobre el total en la Región de Murcia, así como la mayor causa de consulta reumatológica en medicina general.

La tendencia al aumento de las expectativas de vida de la población incrementará la prevalencia del proceso.

OBJETIVO 16. Para 1995 el 90% de los Equipos de Atención Primaria con mas de un año de funcionamiento tendrán protocolizada la intervención ante los trastornos músculo-esqueléticos.

16.1. Durante 1993 los niveles de Atención Primaria y Especializada consensuarán los criterios de actuación ante las enfermedades reumáticas. Establecerán los criterios de derivación entre niveles, de racionalización del uso de fármacos antiinflamatorios y de utilización de la rehabilitación física.

E.T.S.

Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) incluyen una serie de procesos de naturaleza infecciosa, en los que la transmisión sexual reviste interés epidemiológico, si bien en algunos de ellos no es el mecanismo más importante.

Clásicamente incluyen Blenorragia, Sífilis, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma inguinal a los que se les han incorporado otros procesos cuya importancia como E.T.S. se ha reconocido recientemente debido a la disposición de mejores medios diagnósticos, así como el hecho de que muchas de las E.T.S. se han hecho epidémicas, independientemente del interés cada vez mayor que suscitan estas enfermedades en función de su connotación social, complicaciones y costes que conllevan.

En España la declaración de la sífilis y la gonococia es obligatoria desde 1982. En Murcia, en 1987 la declaración se hizo nominal y además se incluye la rúbrica "otras E.T.S.". En ésta se excluyen el S.I.D.A. y la Hepatitis, que se declaran en rúbricas independientes.

La aparición de nuevas enfermedades, como el S.I.D.A., de alta letalidad ha introducido cambios en la incidencia global de las E.T.S., por la mayor utilización de medidas preventivas (métodos barrera). En líneas generales, se ha registrado un descenso de las infecciones clásicas con aumento de otras nuevas (Condilomas, Uretritis no gonocócicas, Herpes genital, etc.).

De acuerdo con los casos declarados, las tasas de Sífilis e Infección Gonocócica disminuyen continuamente, tanto a nivel regional como en España, desde 1984. No obstante, hay razones para suponer que existe una importante infranotificación. En el año 1991 se declararon en la Región 17 casos de Sífilis (tasa 1,62/100.000) y 45 de Infección Gonocócica (tasa 4,30/100.000). En España las tasas en el año 1990 fueron de 4,07 y 33,12/100.000, respectivamente.

La magnitud real del problema, no obstante, resulta difícil de establecer dado que los sistemas de registro sólo recogen, y desde hace muy poco tiempo, las E.T.S. de declaración obligatoria.

OBJETIVO 17. A partir de 1994 la prevención, tratamiento y control de las E.T.S. serán desarrollados de forma protocolizada por los niveles de Atención Primaria y Especializada.

S.I.D.A.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.) es un problema sanitario de primer orden en nuestro país en base a dos hechos fundamentales: su creciente incidencia y su elevada mortalidad. Además por su impacto social y económico rebasa los límites de lo estrictamente sanitario para implicar a otros sectores de la sociedad.

La Comunidad Autónoma de Murcia se considera por el momento, como una de las regiones con baja incidencia de Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en comparación con otras zonas del país; sin embargo en los últimos años se ha producido un notable crecimiento en la tasa de incidencia acumulada, de 46 casos/millón de habitantes en 1989, a 171,4 casos/millón, siendo 200 los casos de S.I.D.A. acumulados en mayo de 1992. Dado el retraso en la declaración de los casos y las restricciones que la propia definición de caso registrable conlleva, se puede estimar al menos en otros tantos el número de infectados que han desarrollado alguna sintomatología severa en relación con el V.I.H. y no están incluidos en la actual definición de caso de S.I.D.A., y a los que también deben dirigirse los programas de actuación sanitaria y social. La O.M.S. estima que por cada caso de S.I.D.A. declarado existen 8-10 portadores de V.I.H. asintomáticos o con síntomas no incluidos en la definición actual de caso de S.I.D.A. En la Región de Murcia es razonable estimar que el número de infectados por V.I.H. se encuentra entre 1.600 y 2.000.

En la Región, el S.I.D.A. afecta fundamentalmente a los varones (relación hombre/mujer: 7,4) y el mayor porcentaje de casos se concentra en el grupo de edad de 20-39 años, distribución similar a la del resto del país y que supone dada la alta letalidad un elevado número de años potenciales de vida perdidos. También hay que considerar que en Murcia el porcentaje de casos mayores de 40 años es 18,18% siendo en España de 12,5%.

Respecto a las prácticas de riesgo, existe un claro predominio de los Adictos a Drogas Vía Parenteral (A.D.V.P.) 47,7% como en otras zonas del país. El porcentaje de casos de varones homo o bisexuales es mayor que en el resto de España (24,4% versus 15,7%) y lo mismo ocurre con los casos de transmisión heterosexual (7,3 frente a 5,5) que son los que están experimentando un mayor crecimiento porcentual.

La supervivencia global encontrada a los 15 meses del diagnóstico en los casos acumulados de S.I.D.A. en la Región hasta 1991 es similar a la descrita en otros estudios en España y previsiblemente mejorable con el diagnóstico precoz y seguimiento de los enfermos. Por otra parte la seropositividad a V.I.H. en el período 1988-1990, es algo superior en la Región de Murcia a la media del país (0,24 por mil en la Región versus 0,19 por mil en España, durante 1990).

España es el país europeo (de los que se dispone de datos) con cifras de infección en la edad pediátrica más elevadas. En la encuesta multicéntrica española se detectaron anticuerpos anti-V.I.H. en uno de cada 1.000 partos

siendo en el 90% sus madres A.D.V.P. De ellos, aproximadamente el 25% estarán realmente infectados, pero todos requieren un seguimiento durante meses y precisan grandes recursos de los servicios públicos.

En Murcia el porcentaje de casos de S.I.D.A. en menores de 15 años es similar al del resto de España (2,8% y 3,1% respectivamente), pero se desconoce el número de infectados. Según estimaciones los niños que en la Región se han detectado con anticuerpos anti-V.I.H. al nacimiento en los últimos 5 años son alrededor de 50, no cumpliendo un número importante de ellos las citas programadas.

Los casos de S.I.D.A. en adolescentes son pocos, pero en esta edad se infectaron la mayoría de los enfermos de S.I.D.A. que actualmente están entre los 20-30 años (47% del total en España). Si a ello unimos que es en el período de la adolescencia donde se adquieren los comportamientos sexuales y los patrones de uso de drogas, es un período crítico para obtener un impacto en estos comportamientos, ayudándoles a desarrollar un comportamiento sexual seguro y evitando el uso de drogas.

Respecto a la actual capacidad de respuesta del sistema sanitario en nuestra Región, se observa que la mayoría de los enfermos se encuentra en estadios avanzados de la infección por V.I.H. cuando establecen el primer contacto con las consultas de seguimiento, lo que puede ser debido a:

- Escaso índice de sospecha para la infección por V.I.H. por parte de los profesionales de Atención Primaria.
- Dificultades de acceso a los test de detección y al control médico de muchos de los enfermos.
- Bajo nivel de información de la población general y con prácticas de riesgo.

Por otra parte, el hecho de que los enfermos comiencen el seguimiento en estadios avanzados de la enfermedad da lugar a un aumento de la morbimortalidad y a un incremento en el número de ingresos hospitalarios y hospitalizaciones prolongadas.

En el momento actual, la asistencia sanitaria al enfermo V.I.H.+ es desarrollada casi en exclusiva por los hospitales. Aunque no se dispone de cifras indicativas de todos los centros hospitalarios, en el H. V. Arrixaca el número de estancias originadas por esta patología ha pasado de 575 en 1989 a 1.375 en 1991, y el número de visitas a Consultas Externas de 160 a 988 para el mismo período. El censo de portadores de V.I.H. (enfermos de S.I.D.A., enfermos con enfermedad ligada al V.I.H. y asintomáticos) seguidos en el H. Arrixaca es de 245, en el H. General de 180 y en el H. Rosell de 150.

Tan importantes como los problemas a nivel de asistencia sanitaria son los problemas sociales que, en líneas generales, se derivan tanto de la propia

infección por V.I.H. como por la escasa aceptación social de los colectivos con prácticas de riesgo.

Finalmente, y en cuanto a la repercusión económica del problema S.I.D.A., se estima en la Región que el coste derivado de los ingresos por infección por V.I.H. fue en el año 1989 de 15.423.800 elevándose a 47.030.500 para 1991. No hay estimaciones de los costes derivados de la pérdida de horas laborales, así como de las muertes prematuras producidas.

OBJETIVO 18. A partir de 1994 las actuaciones de prevención, tratamiento, control y rehabilitación relativas a S.I.D.A. deberán ser desarrolladas en el marco de un Programa de Prevención y Control.

18.1. Durante 1993 deberá quedar formulado el programa que contemplará:

- Las acciones preventivas encaminadas a informar adecuadamente a la población en general y, especialmente, a los adolescentes y a los colectivos con prácticas de riesgo.
- La facilitación del acceso de mujeres portadoras a los dispositivos de planificación familiar para evitar embarazos y proporcionar la posibilidad de aborto terapéutico.
- Las actividades relativas a la modificación del patrón de utilización de jeringuillas.
- La normalización en los centros sanitarios de las medidas de protección universal frente a muestras biológicas.
- La protocolización de las actuaciones para el control y seguimiento de los enfermos e infectados independientemente del nivel asistencial.
- La coordinación con los servicios sociales para el establecimiento de medidas de apoyo como la incentivación de la acogida familiar.
- La formación del personal sanitario y la mejora de sus actitudes.
- Los mecanismos de apoyo a los comités ciudadanos y otras asociaciones que desarrollen su labor entre los afectados y los colectivos con prácticas de riesgo.

Hepatitis B

La hepatitis B es una enfermedad infecto-contagiosa que plantea un importante problema de salud pública debido a la considerable prevalencia e incidencia de la infección (que la hace endémica en todo el mundo), su gravedad (alrededor de un 10% de los infectados evolucionan a un estado de portador crónico que puede derivar en hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepático) y el elevado coste económico que ello supone. Especialmente grave es el problema en los recién nacidos de madre portadora, ya que entre los que adquieren la infección el 90% desarrollan una infección crónica y entre éstos el 25% morirán de una enfermedad crónica del hígado antes de los 40 años.

Tanto los pacientes con hepatitis aguda, como los que padecen una hepatitis crónica, y los portadores crónicos asintomáticos son potencialmente infecciosos, siendo estos dos últimos colectivos los que constituyen el reservorio de mayor importancia para el mantenimiento de la endemia en la población.

No existen datos sobre la incidencia real de la hepatitis B en España, ni en la Región, ya que sólo desde 1982 la hepatitis viral es una enfermedad de declaración obligatoria y la declaración es conjunta para todas las hepatitis virales, sin diferenciar según tipo etiológico (A, B, C, otras).

Extrapolando datos de otros países se ha estimado que la incidencia anual de hepatitis icterica oscila entre 20 y 40 casos por 100.000 habitantes, lo que en la Región supondría 210 a 420 casos anuales.

La prevalencia de portadores crónicos se desconoce en la Región. En el Plan de Salud estatal se ha asumido, a partir de estudios parciales, una prevalencia de portadores crónicos en España entre un 2 y 2,5%. Por otra parte en Cataluña se ha realizado recientemente el primer estudio sobre prevalencia de marcadores de Hepatitis B en población general, encontrándose en población adulta una prevalencia de HBs Ag de 1,7% y de anti Hbs de 17,9%. La prevalencia para los dos marcadores muestra un bajo riesgo para hepatitis B antes de la pubertad, aumentando desde la adolescencia.

Estos datos permiten situar a España y a la Región de Murcia, entre aquellos considerados como de endemicidad intermedia, frente a otros países europeos donde la prevalencia es de 0,5 a 1,5%. Si se supone una prevalencia de portadores en la Región entre 1-2% habría actualmente entre 10.500 y 21.000 portadores.

Por otra parte con un número de nacimientos en la Región de 14.000 niños al año y suponiendo que el 2% de las madres son portadoras, nacerán al año 280 niños de madre portadora. Si entre el 10 y el 85% de estos niños adquieren la infección, cada año habrá entre 28 y 238 recién nacidos infectados. Dado que la vacuna es efectiva en el 95% de los recién nacidos, se podrían evitar cada año entre 24 y 203 infecciones crónicas hepáticas en recién nacidos.

Existen grupos de población con alto riesgo de contraer la infección por sus características socio-sanitarias, identificándose como tales los siguientes:

- Adictos a drogas por vía parenteral.
- Varones con prácticas homo o bisexuales.
- Personas con actividad heterosexual que hayan sido diagnosticadas de otra enfermedad de transmisión sexual recientemente o que hayan tenido más de una pareja sexual en los últimos seis meses.
- Personas con riesgo ocupacional (sanitarios, funcionarios de prisiones y ciertas instituciones cerradas, etc.)
- Pacientes en Hemodiálisis.

- Receptores de Hemoderivados.
- Internos en ciertas Instituciones cerradas.
- Convivientes y parejas sexuales de portadores crónicos.
- Viajeros internacionales.
- Inmigrantes de países de alta endemia.
- Colectivos gitanos.

En España, a partir de estudios parciales en hospitales, se ha observado que la edad media de los pacientes oscila entre 24 y 30 años y más de la mitad tienen entre 15 y 30 años. Por tanto es la época de la adolescencia un período crítico para la intervención sanitaria, pues en ella aumenta tanto la incidencia de la enfermedad como la práctica de conductas de riesgo.

La gravedad de la enfermedad, así como la trascendencia económica derivada de las consecuencias agudas y crónicas de la infección por el virus de la Hepatitis B justifican sobradamente el abordaje preventivo de esta enfermedad.

El grupo español de estudio de la Hepatitis B, estimó en el año 1987 que el coste global por caso de Hepatitis B clínica al cabo de un año de seguimiento asciende, por término medio, a 1.160.811 ptas., variando según la evolución de la enfermedad, en 970.000 ptas. en caso de curación, 942.504 en caso de portador crónico asintomático, 2.289.177 ptas. para la Hepatitis crónica y 2.816.607 en caso de fallecimiento. La mayor parte del coste descansa en el absentismo laboral y depende por lo tanto de la profesión y salario del enfermo.

Los estudios realizados en los últimos años han concluido que la estrategia de vacunación universal es la más eficaz para disminuir la incidencia global de la enfermedad, con una relación coste-beneficio óptima. Además, la adopción de la vacunación universal abarata los costes de las dosis vacunales de manera progresiva.

Actualmente en la Región de Murcia no existe ninguna estrategia regional de prevención de la hepatitis B mediante vacunación. De igual forma, tampoco existe a nivel regional una estrategia de detección del Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en gestantes. Solamente en algunos Hospitales y Centro de Atención Primaria, de forma aislada, se llevan a cabo programas de vacunación en sanitarios y en otros grupos de alto riesgo.

OBJETIVO 19. Para 1996 habrá disminuido la morbimortalidad debido al virus de la Hepatitis B en la Región de Murcia.

19.1. En 1993 se normalizará la vacunación sistemática de los grupos de riesgo y la detección de embarazadas con Ags HB+.

- 19.2.** Para 1993 se asegurará la vacunación y administración de gammaglobulina al 100% de recién nacidos hijos de madre portadora de Afs HB+.
- 19.3.** Durante 1993 se definirá la estrategia de vacunación universal en función de la edad más adecuada en nuestro medio, que se implantará antes de 1996.

Enfermedades susceptibles de vacunación

Como enfermedades susceptibles de vacunación se hace referencia a las siguientes: Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Sarampión, Rubeola, Parotiditis y Gripe.

La informatización del programa de vacunaciones iniciada en 1991, registra actualmente a niños desde el nacimiento hasta los 2-3 años de edad. Durante el año 1991, la cobertura de niños registrados en la base de datos del programa fue del 98%, es decir, de aproximadamente unos 275 niños de la Región menores de un año de edad no se dispone información. Con la consolidación del Programa se espera posibilitar la captación activa de niños no registrados y lograr una cobertura prácticamente del 100%. La información sobre cobertura vacunal, no estará disponible hasta finales de 1993.

Sin embargo, existe un sector de población no vacunado adecuadamente que abarca distintos grupos de edades y del cual existe escasa información cualitativa y cuantitativa siendo difícil de ubicar geográficamente porque en gran parte muestra un carácter transeúnte, con situación socio-económica, sanitaria y cultural muy baja y con difícil acceso a los servicios sanitarios.

La importancia de reflejar estos grupos de población reside en que debido a la dificultad de acceso a los servicios sanitarios y a la difícil captación y seguimiento en cuanto a intervenciones sanitarias, probablemente precise del desarrollo de estrategias de enfoque de riesgo, a llevar a cabo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud con apoyo multidisciplinar e intersectorial.

Vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis

Actualmente, podemos situar la cobertura vacunal triple vírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis) aproximadamente en un 90% a los 15 meses de edad. Para lograr la desaparición de brotes de Sarampión se estiman necesarias coberturas próximas al 95% y superiores a ésta para erradicarlo. La incorporación de una segunda dosis de vacuna triple vírica a niños/niñas de 11 años de edad, y la vacunación de todos los niños escolarizados puede contribuir a lograr dichos objetivos.

No existe información sobre el nivel de inmunización frente a Rubeola en población adulta, no desarrollándose actividades programadas de incremento de vacunación rubeólica en población femenina en edad fértil.

Vacunación antitetánica

La cobertura vacunal antitetánica para la dosis correspondiente a la edad de 14 años, se sitúa en los últimos cuatro años entre el 70-85%. Se observa una disminución importante de la cobertura a esta edad respecto a la dosis de los 6 años, disminuyendo aproximadamente en un 15% de cobertura.

Las especiales características del período de la adolescencia (negativa a vacunarse), la falta de información adecuada sobre vacunaciones, el abandono de la escolarización y la no administración de esta dosis de vacuna en el ámbito escolar, probablemente sean alguna de las causas que expliquen la disminución de la cobertura a esta edad.

Se estima que solamente el 20-25% de población adulta está vacunada frente a tétanos, no realizándose en la actualidad actividades programadas de vacunación a embarazadas.

Durante los dos últimos años se han producido tres casos/año de Tétanos, incidiendo fundamentalmente en adultos mayores de 50 años siendo la mortalidad superior al 70%.

Vacunación antipoliomielítica

Se observa una importante disminución de la cobertura vacunal para la dosis de los 14 años de edad (entre el 75-85% en los últimos cuatro años) respecto a otras edades.

Los comentarios realizados con motivo de la insuficiente vacunación antitetánica a los 14 años de edad, son válidos también para la vacunación antipoliomielítica.

Vacunación antigripal

Desde 1982 la incidencia de gripe se ha mantenido bastante estable, registrándose las dos temporadas de menor actividad gripal en 1987-1988 y 1990-1991, coincidiendo ambas temporadas con una circulación predominante del virus de la influenza B sobre el virus de la influenza A en España.

En la Región de Murcia se registraron unas tasas de incidencia para el año 1990 de 12.115/100.000 y para el año 1991 de 7.239/100.000. La tasa de mortalidad en el año 1989 fue de 2,68/100.000.

OBJETIVO 20. Durante el período 1993-1996 se mantendrá nula la incidencia de casos de poliomielitis y difteria y disminuirán los casos de tosferina.

20.1. Para el año 1996 se alcanzará una cobertura vacunal del 95% para las dosis relativas a difteria-tétanos-tosferina en menores de 2 años de edad.

20.2. La cobertura vacunal a los 6 años de edad frente a la poliomielitis deberá ser del 95% para el año 1996.

20.3. Se logrará una cobertura mínima del 90% en las dosis de vacuna frente a poliomielitis correspondiente a los 14 años de edad para 1996.

OBJETIVO 21. Para 1996 habrá disminuido la incidencia de sarampión, rubéola y parotiditis.

21.1. La cobertura vacunal a los 15 meses de edad para las dosis frente a sarampión-rubéola-parotiditis deberá ser del 95% para 1994.

21.2. Para 1995 la cobertura vacunal a los 11 años de edad para la dosis frente a sarampión-rubéola-parotiditis deberá ser del 95%.

OBJETIVO 22. Durante el período 1993-1996 se mantendrá nula la incidencia de tétanos neonatal y disminuirá la incidencia de tétanos no neonatal.

22.1. Para 1995 se logrará una cobertura vacunal del 80% en mujeres embarazadas.

22.2. Para 1996 se logrará una cobertura vacunal del 95% a los 6 años de edad.

22.3. Para 1996 se logrará una cobertura vacunal del 90% a los 14 años de edad.

22.4. Para 1995 se logrará una cobertura vacunal superior al 40% para la vacuna antitetánica en adultos.

OBJETIVO 23. Durante el período 1993-1996 disminuirá la morbimortalidad por gripe en los grupos de riesgo de la Región.

23.1. Para 1995 se alcanzará una cobertura vacunal del 70% en la población con 65 años o más, y se incrementará en otros grupos de riesgo.

OBJETIVO 24. Para 1996 se habrá incrementado la vacunación en población no vacunada o incompletamente vacunada.

24.1. Durante 1994 se identificará y caracterizará los grupos de población y los factores de no vacunación.

24.2. Para 1996 se habrán elaborado las estrategias de intervención para incrementar la vacunación.

Tuberculosis

En España, desde 1982 la tasa de tuberculosis respiratoria ha ido aumentando hasta 1986 y disminuye desde entonces. En la Región, la tasa aumentó hasta 1988 y desde entonces permanece estable. Las tasas de tuberculosis respiratoria en los años 1990 y 1991 han sido de 23,12 y 22,55/100.000, 242 y 236 casos, respectivamente. Las tasas de "otras tuberculosis" para los mismos años han sido de 2,96 y 2,48/100.000 con 31 y 26 casos. La tasa de mortalidad específica para tuberculosis pulmonar en el año 1989 fue de 1,34/100.000 y de 1,5/100.000 para "otras tuberculosis".

La todavía alta tasa de mortalidad, aunque también depende de la prevalencia de la enfermedad, está condicionada por la importante letalidad (11,3%) debido, principalmente, al diagnóstico tardío y un control inadecuado en un importante número de enfermos. Por ello, mientras estas tasas sean relativamente altas, se considera de interés conocer su evolución, pues son un indicador de la efectividad de las medidas de diagnóstico precoz y control de la enfermedad tuberculosa.

Aunque las tasas de casos declarados en la Región son algo superior a la media nacional (20/100.000), las estimaciones sobre la tasa real en todo el país orientan hacia una media de 40 casos por 100.000, por lo que sólo se estaría declarando y controlando el 60% de los casos reales.

La mayor frecuencia de casos la proporcionan los grupos de 15-24 y 25-34 años. Es destacable, sin embargo, la alta incidencia en los primeros años de vida, lo que indica la necesidad de detección precoz de los enfermos con capacidad contagiante, así como la vigilancia temprana de sus contactos.

Se reconocen universalmente como grupos sociales de alto riesgo para tuberculosis a los indigentes, los internos en instituciones cerradas (sobre todo en prisiones) y los adictos a drogas por vía parenteral (A.D.V.P.).

La investigación de contactos de enfermos de tuberculosis constituye una de las principales actividades de control de esta enfermedad. Permite conocer y tratar tanto a otros enfermos relacionados con el caso índice, como a los infectados con alto riesgo de desarrollar enfermedad activa. Presenta importantes dificultades en la captación, así como en la adhesión a las medidas quimioprolifácticas, debido a que se dirige a personas generalmente libres de síntomas.

En la Región esta actividad detecta un número importante de casos. En 1990 un 16% del total de enfermos declarados fue diagnosticado en la investigación de contactos a partir del estudio del 66% de los casos índice inicialmente declarados por los servicios asistenciales, lo que ofrece una relación de un caso nuevo detectado por cada 3,5 enfermos investigados. Estos enfermos detectados en el control de contactos pre-

sentan una especial relevancia epidemiológica en el control de la tuberculosis, ya que se trata, o bien de focos de contagio casi asintomáticos que perpetúan la diseminación de la enfermedad, o de casos iniciales de primoinfección que todavía no han iniciado la transmisión de la enfermedad.

No se dispone de información sobre seropositividad a V.I.H. en los casos de tuberculosis respiratoria. Sólo se conocen los casos V.I.H.+ en la rúbrica de "otras tuberculosis", que entonces se constituyen como casos S.I.D.A., y que en el bienio 1990-1991 (con 15 casos) representan el 26,3% de las tuberculosis extrapulmonares.

La prevalencia de infección tuberculosa se considera como uno de los más importantes indicadores de la evolución y transmisión de la enfermedad. La prospección realizada en nuestra Región en los escolares de primer curso de E.G.B. muestra una evolución decreciente con cierta estabilización en los últimos años (alrededor del 0,6%).

Aproximadamente el 65% de los casos controlados en 1990 han ingresado en hospitales estimando una media de 15 días de hospitalización por enfermo.

Se estima que el 40% de los casos diagnosticados no son debidamente declarados, por lo que no es posible conocer sus características y capacidad infectante ni realizar en ellos medidas de prevención y control.

En los casos declarados se desconoce o es incompleta la información sobre factores esenciales para su adecuado control. Sólo en el 65% de los casos declarados se tiene constancia sobre el control del enfermo y sus contactos estimándose que sólo se estudia un 70% de los contactos que deberían ser revisados, debido a un insuficiente sistema de captación.

La cumplimentación de quimioprofilaxis en los contactos e infectados en general es baja, sobre todo en mayores de 15 años en los que no llega al 60%. En niños y escolares el porcentaje que completa la quimioprofilaxis es superior al 85%, siendo el grado de incumplimiento del régimen terapéutico prescrito entre el 20 y el 50% de los enfermos. El incumplimiento por parte del enfermo junto al tratamiento incorrecto dan lugar a largos períodos de transmisibilidad, altas tasas de recaídas, tratamientos económicamente más costosos, aumento de resistencia a fármacos y una elevada letalidad.

OBJETIVO 25. Para 1996 la tasa de prevalencia de la infección por tuberculosis en escolares será inferior a 0.5% de forma estable en alumnos de primer curso de E.G.B.

25.1. Durante 1993 se elaborará un programa de control de la tuberculosis que contemplará como mínimo los siguientes apartados: Mejora del diagnóstico precoz de la enfermedad, mejora del sistema de declaración, establecimiento de un control activo de enfermos que permita completar un correcto tratamiento, actualización del conocimiento sobre medidas terapéuticas y de control del enfermo, así como pautas de actuación para el control de contactos y seguimiento de quimioprofilaxis.