



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud  
Pública

<http://www.murciasalud.es/bem>

## Índice

### Artículo:

Calidad de vida y salud: diabetes mellitus.

### Noticias Breves:

- Campaña de vacunación antigripal en profesionales de la salud 2007-2008.

- Impacto de la "Ley Antitabaco" en la exposición ambiental al humo del tabaco en España.

### Semanas epidemiológicas EDO:

Semana 37 a 40 de 2007.

## Calidad de vida y salud: diabetes mellitus

### Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es uno de los principales problemas de salud de la Región de Murcia, y como tal, fue abordado en el Plan de Salud 2003-2007. En este contexto han surgido varias iniciativas, el estudio DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad en la Población adulta de la Región de Murcia) y el "Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009", que contempla entre sus líneas de actuación, la valoración de la salud de los diabéticos de la Región. La necesidad de contar con indicadores sintéticos que midan la salud, como resultado sanitario, ha generado en los últimos años una gran producción científica basada en el desarrollo de modelos teóricos de lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La CVRS, intenta cuantificar "el nivel de bienestar y satisfacción asociado a la vida de un individuo y cómo ésta se ve afectada por la enfermedad, los accidentes y los tratamientos, desde el punto de vista del paciente. Los instrumentos dirigidos a evaluarla son cuestionarios de salud, cuyas propiedades métricas (validez, fiabilidad y sensibilidad) permiten valorar el estado de salud percibido con garantía. Los hay que valoran la CVRS de manera genérica, que pueden utilizarse en población enferma, sana o en ambas (población general) y cuestionarios que la valoran de forma específica, sólo aplicable a un tipo de patología.

El principal inconveniente que presentan estos últimos es que, dada la especificidad de su contenido, no pueden ser utilizados fuera de ese ámbito específico, lo que impide realizar comparaciones entre la CVRS de personas con otras patologías, o con población general. Esto hace que los cuestionarios genéricos sean ampliamente utilizados. Entre los cuestionarios genéricos destacan, los pertenecientes a la familia SF (SF-36 y su versión abreviada, SF-12<sup>1,2</sup>) que ofrecen una medición general de la salud del paciente de carácter multidimensional. El SF 12 permite ser administrado en aproximadamente 2 minutos, cualidad que lo hace ideal para ser administrado por teléfono. El número de adeptos a esta versión es cada vez mayor. En relación con la DM, recientemente se han publicado diversos trabajos que versan sobre el impacto de su diagnóstico, de los resultados clínicos, de las

complicaciones asociadas y de su tratamiento. Actualmente, hay disponibles dos versiones; tanto los autores originales, como los que han validado al cuestionario al castellano, aconsejan y recomiendan la versión española 2.0 (SF12v2). Esta versión aplica como población de referencia, la población americana, que es la recomendada para poder establecer comparaciones internacionales<sup>3</sup>. El valor añadido de esta, nueva y mejorada, versión es una descripción más completa de la calidad de vida relacionada con la salud. En definitiva, el objetivo de este trabajo es valorar la CVRS de los diabéticos de la Región de Murcia. Se inicia así, una línea

de trabajo en investigación de resultados de salud centrados en calidad de vida.

### Material y métodos

Se trata de un estudio transversal mediante encuesta de salud administrada vía telefónica, durante el año 2006. La población de estudio fueron diabéticos tipo 1 y 2, mayores de 17 años, registrada por los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia. El cuestionario, estructurado y cerrado, constaba de 33 preguntas agrupadas en 4 ámbitos, "Estado de Salud", "Hábitos de vida", "Utilización de Servicios Sanitarios" y "Características Sociodemográficas". Para la evaluación del

Tabla 1. Encuesta de salud en población diabética. Características sociodemográficas. Región de Murcia, 2006

	TOTAL			HOMBRES		MUJERES	
	n	%	%peso	n	%	n	%
<b>Total</b>	1483	-	-	694	46,8	789	53,2
<b>Grupo de edad</b>							
18-24	9	0,61	0,64	7	1,01	2	0,25
25-34	26	1,75	1,52	15	2,16	11	1,39
35-44	47	3,17	2,76	28	4,03	19	2,41
45-54	168	11,33	10,58	101	14,55	67	8,49
55-64	343	23,13	23,83	176	25,36	167	21,17
65-74	467	31,49	32,41	199	28,67	268	33,97
>=75	432	28,52	28,26	168	24,21	255	32,32
<b>Educación</b>							
No saber leer ni escribir	325	21,92	16,77	80	11,53	245	31,05
Sabe leer y escribir	420	28,32	30,97	185	26,66	235	29,78
Estudios primarios	287	19,35	18,13	144	20,75	143	18,12
Estudios secundarios	350	23,6	26,66	211	30,4	139	17,62
Estudios superiores	83	5,6	6,29	63	9,08	20	2,53
NS/NC	18	1,21	1,18	11	1,59	7	0,89
<b>Estado civil</b>							
Soltero	86	5,8	5,54	53	7,64	33	4,18
Casado	1082	72,96	71,24	576	83	506	64,13
Viudo	280	18,88	20,78	38	5,48	242	30,67
Separado/Divorciado	24	1,62	1,69	20	2,88	4	0,51
NS/NC	11	0,74	0,74	7	1,01	4	0,51
<b>Vivir en Pareja</b>							
SI	1109	74,78	73,88	586	84,44	523	66,29
No	361	24,34	25,14	99	14,27	262	33,21
NS/NC	13	0,88	0,98	9	1,3	4	0,51
<b>Actividad económica</b>							
Trabajando	286	19,29	18,50	205	29,54	81	10,27
En desempleo	24	1,62	1,42	14	2,02	10	1,27
Jubilado/Pensionista	870	58,66	58,59	423	60,95	447	56,65
Labores del hogar	214	14,43	15,40	0	0	214	27,12
Otras situaciones	49	3,3	3,84	29	4,18	20	2,53
NS/NC	40	2,7	2,25	23	3,31	17	2,15

(\*) % peso: porcentaje ponderado según el peso de la población de las Áreas de Salud en la población total regional.

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.**

**Semanas 37 a 40 (del 9 de septiembre de 2007 al 6 de octubre de 2007). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 37			Semana 38			Semana 39			Semana 40			Semanas 37 a 40		
	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana
Gripe	25	29	29	48	30	88	61	73	157	110	73	290	244	205	586
Tuberculosis respiratoria	5	4	4	3	1	2	3	5	4	5	2	4	16	12	12
Meningitis tuberculosa	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Legionelosis	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	4	4	4
Hepatitis A	2	2	2	1	2	0	1	1	0	0	1	1	4	6	3
Otras Hepatitis Víricas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Toxiinfecciones Alimen.	1	1	1	4	0	5	1	7	5	4	27	1	10	35	35
Varicela	12	21	12	11	12	11	19	10	12	22	9	13	64	52	51
Rubeola	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Parotiditis	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	7	3	4
Otras meningitis	1	1	2	0	0	0	2	0	0	3	2	2	6	3	6
Sífilis	0	2	1	2	0	0	1	0	1	2	1	1	5	3	3
Infección gonocócica	1	0	1	0	2	0	0	0	0	2	2	0	3	4	2
Paludismo	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

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

**Porcentaje de declaración (\*).**

**Semanas 37 a 40 (del 9 de septiembre de 2007 al 6 de octubre de 2007).**

Municipios	Población (Padrón 2006)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2006)	% de declaración
Abanilla	6.333	100,00	Calasparra	9.969	85,71
Abarán	12.919	100,00	Campos del Río	2.132	100,00
Águilas	32.450	84,09	Caravaca de la Cruz	25.257	95,59
Albudeite	1.402	87,50	Cartagena	208.609	100,00
Alcantarilla	38.584	100,00	Cehegín	15.553	75,00
Aledo	1.045	25,00	Ceutí	8.910	100,00
Alguazas	8.177	100,00	Cieza	34.735	100,00
Alhama de Murcia	18.779	77,08	Fortuna	8.665	100,00
Archena	16.707	75,00	Fuente Álamo de Murcia	14.261	100,00
Beniel	10.085	100,00	Jumilla	24.124	95,31
Blanca	6.103	100,00	Librilla	4.243	100,00
Bullas	11.852	86,11	Lorca	89.936	77,19

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

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN  
CONTRA LA GRIPE  
PARA PROFESIONALES DE LA SALUD



**Campaña de vacunación antigripal en profesionales de la salud 2007-2008**

Es la tercera temporada que esta campaña se realiza de forma coordinada. Desarrollada por un Grupo de Trabajo formado por profesionales del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (Servicio Murciano de Salud) y de la Dirección General de Salud Pública (Consejería de Sanidad), la campaña tiene como aspecto especialmente destacable el hecho de llevarse a cabo de forma centralizada abarcando todos los centros sanitarios de la Región de Murcia.

Sigue siendo necesario hacer especial hincapié en la importancia de vacunarse frente a la gripe por parte de todos los trabajadores del Servicio Murciano de Salud. A pesar de los grandes esfuerzos realizados la pasada temporada para aumentar la captación, la cobertura global de vacunación en Atención Especializada ha sido del 22%. Como en años anteriores la categoría laboral que más se vacuna es la de facultativos con el 29%. Respecto al sexo son los hombres con el 25,2% los que más se vacunan. Finalmente los centros de trabajo que han obtenido mayor cobertura han sido el Hospital de Cieza (56,5%), el Hospital Reina Sofía (26,3%) y el Hospital Nuestra Señora del Rosell (26,1%). El contrato programa del SMS contempla desde este año como objetivo la vacunación antigripal en sanitarios.

Noticia elaborada por Jaime J. Pérez Martín

Dispone de más información en: <http://www.murciasalud.es/vacunaciones>

**Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 37 a 40 (del 9 de septiembre de 2007 al 6 de octubre de 2007). Distribución semanal**

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2006)	526.136		360.156		164.672		71.045		58.088		190.209		1.370.306	
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.
<b>Enfermedades</b>														
Gripe	69	11.850	21	4.304	51	3.210	1	1.288	19	1.241	83	4.352	244	26.245
Tuberculosis respiratoria	9	65	6	39	0	17	0	3	0	5	1	23	16	152
Meningitis tuberculosa	1	2	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8
Legionelosis	2	11	0	6	2	5	0	1	0	1	0	1	4	25
Hepatitis A	0	9	1	16	1	7	0	1	0	0	2	3	4	36
Otras Hepatitis Víricas	0	4	0	0	0	0	0	2	0	0	1	4	1	10
Toxiinfecciones Alimen.	3	41	6	22	0	4	1	2	0	0	0	78	10	147
Varicela	34	3.024	12	1.581	5	1.141	1	66	7	119	5	1.932	64	7.863
Rubeola	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Parotiditis	4	27	2	24	0	5	0	2	0	2	1	9	7	69
Otras Meningitis	4	34	1	12	1	2	0	0	0	4	0	7	6	59
Sífilis	3	22	1	5	0	2	0	1	0	1	1	8	5	39
Infección gonocócica	1	11	2	14	0	3	0	0	0	1	0	3	33	32
Paludismo	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6

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

**Porcentaje de declaración (\*).  
Semanas 37 a 40 (del 9 de septiembre de 2007 al 6 de octubre de 2007).**

Municipios	Población (Padrón 2006)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2006)	% de declaración
Lorquí	6.493	100,00	Torre Pacheco	28.152	72,37
Mazarrón	30.841	100,00	Torres de Cotillas, Las	18.842	56,82
Molina de Segura	57.431	94,85	Totana	28.360	90,79
Moratalla	8.414	75,00	Ulea	955	87,50
Mula	16.283	91,67	Unión, La	16.082	100,00
Murcia	416.996	94,21	Villanueva del Río Segura	1.853	50,00
Ojós	559	62,50	Yecla	33.964	96,43
Pliego	3.713	100,00	Santomera	13.919	100,00
Puerto Lumbreras	12.881	92,50	Alcázares, Los	13.355	100,00
Ricote	1.527	100,00			
San Javier	27.622	96,67	Total Región	1.370.306	92,46
San Pedro del Pinatar	21.234	100,00			

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



**Impacto de la "Ley Antitabaco" en la exposición ambiental al humo del tabaco en España.**

La regulación del tabaquismo en lugares cerrados en Europa produce un efecto importante, pero de evidencia limitada. Es por ello pertinente, estimar los efectos a corto plazo en la exposición al humo ambiental por la vigencia desde el 1 de enero de 2006, de la ley española de control del tabaquismo.

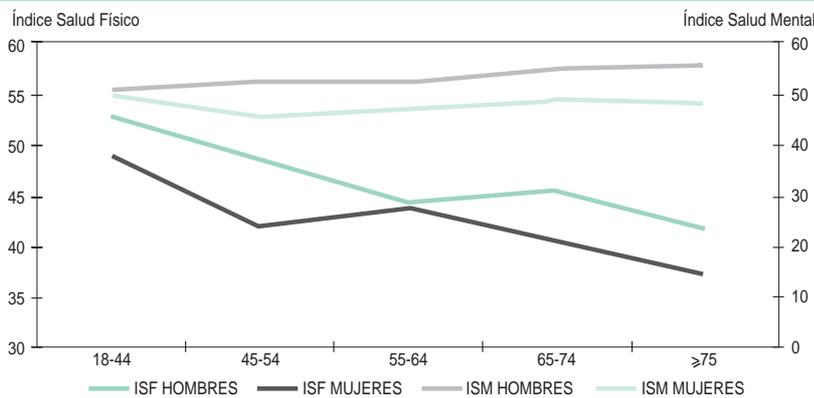
Los autores miden la prevalencia poblacional a la exposición al humo de tabaco en el hogar, en el trabajo, en bares y restaurantes, mediante un cuestionario auto-informado en personas de 18-64 años en la Comunidad de Madrid, en un período anterior a la ley (octubre-noviembre, 2005; n=1.750) que comparan a un período inmediato posterior (enero-julio, 2006; n=1.252). Se calculan las odds ratios (OR) ajustadas por regresión logística.

La exposición pasiva al humo del tabaco en el hogar apenas cambia. En el trabajo existe una reducción considerable: con la ley vigente, la OR para exposición diaria 0-3 horas frente a no-exposición, fue 0,11 (IC 95% 0,07-0,17). En bares, con exposición bastante alta frente a no-exposición, la OR era 0,30 (0,20-0,44); y en restaurantes para la misma comparación, fue 0,24 (0,18-0,32). Los resultados fueron similares en fumadores y no-fumadores.

Concluyen que la aplicación de la "Ley Antitabaco" mejora de forma considerable la exposición al humo del tabaco en los lugares cerrados de trabajo, y menos, en bares y restaurantes. A vez que abogan por una reorientación más salubrista, especialmente, en bares y restaurantes en España.

Noticia elaborada por Lluís Cirera

Figura 1. Puntuaciones medias de calidad de vida relacionada con la salud en población diabética. Índices de salud por edad y sexo. Región de Murcia 2006.



“Estado de Salud”, se utilizó el formato estándar del “Cuestionario de Salud SF-12v2”. El SF 12v2 contiene 12 variables con las que se construyen 8 dimensiones: Salud Física, Rol Físico, Salud General, Dolor Corporal, Vitalidad; Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Con estas dimensiones, y en función de unos pesos específicos predeterminados, se obtienen dos puntuaciones resumen finales, que son el Índice de Salud Físico (ISF) y el Índice de Salud Mental (ISM).

La interpretación general de los valores de CVRS se hace en relación a la puntuación media de población general que es 50 (DE:10). Con lo cual, puntuaciones por encima y por debajo de esta media se definen como mejor o peor CVRS.

El tamaño muestral se calculó para un valor esperado de mala calidad de vida del 18%, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, el número de diabéticos por área de salud se redondeó a 250, con un total regional de 1.500 diabéticos. La selección de los diabéticos fue mediante muestreo aleatorio estratificado por área de salud y proporcional por zona básica de salud (ZBS) y sexo. Para cada diabético seleccionado se determinaron 4 potenciales suplentes de su misma edad, sexo y ZBS. Los criterios de exclusión fueron: número de teléfono erróneo; no obtener contestación telefónica después de un mínimo de 4 llamadas; fallecimiento y pacientes que en el momento de la realización del estudio presentaran cualquier problema físico y/o psíquico grave que impidiera la respuesta. Los estratos se ponderaron con la relación poblacional que cada área de salud tenía en el total de la Región. Para el análisis se aplicaron test estadísticos no paramétricos.

## Resultados

La media de edad de los diabéticos fue de 66,42 años y el 46,80% fueron hombres. Para ambos sexos, la evolución media de la enfermedad fue de 10,07 años. Se observó una alta proporción de personas de edad avanzada, sin estudios, casados y con actividad económica pensionis-

ta/jubilado, entre los diabéticos de la muestra (tabla 1). El 98,18% habían nacido en España. Se han calculado dos índices de salud, uno físico y otro mental. En el índice de salud físico, un 34,04% de los diabéticos manifestaron presentar buena calidad de vida y en el índice de salud mental, un 57,23%. En la figura 1, el comportamiento de éstos por estrato de edad. De manera resumida\*, como resultados finales del estudio, no se detectaron desigualdades relacionadas con el área de salud de residencia, ni en cuanto a la organización territorial de la asistencia sanitaria de la Región. Sí se detectaron desigualdades en los índices de salud físico y mental de los diabéticos según determinantes socioeconómicos (el nivel de estudios se asocia a una mejor CVRS), por sexo (los hombres presentar mejor CVRS que las mujeres), por estado civil (los separados/divorciados presentan peor CVRS), por tipo de tratamiento relacionado con la DM (los diabéticos tratados con insulina presentan peor CVRS) y por la realización de ejercicio físico (los que lo realizan presentan mejor CVRS).

## Discusión

En función de los resultados obtenidos, conviene destacar el hecho de que los hombres presenten mejor CVRS que las mujeres. Esto indica la calidad y fiabilidad de la respuesta, ya que las mujeres<sup>4</sup> suelen hacer una peor valoración de su estado de salud que los hombres. Según los resultados que se muestran en la figura 1, llama la atención cómo a mayor edad peor ISF, no ocurriendo lo mismo para el ISM, donde la edad parece no influir, e incluso llega a observarse mejoría. Este diferente comportamiento de la edad para cada uno de los índices resumen ha sido descrito previamente por otros autores, aunque en un ámbito de población general<sup>5</sup>. Por otro lado, otros estudios han encontrado relación entre un alto nivel de estudios con mejores valores de CVRS<sup>6</sup>. De forma general, la valoración de la CVRS del diabético parece un proceso idóneo para la identificación y monitorización de desigual-

dades en salud y de utilidad en la elaboración de programas sanitarios y estrategias de salud, ya que facilita la identificación de poblaciones diana.

(\*) El resto de resultados y la discusión se encuentran disponibles, de manera detallada incluyendo los resultados por dimensiones, en el portal sanitario “murciasalud” ([http://www.murciasalud.es/publicaciones/calidad\\_vida\\_diabetes.pdf](http://www.murciasalud.es/publicaciones/calidad_vida_diabetes.pdf)).

## Agradecimientos

Este trabajo no se hubiera podido realizar sin la ayuda y colaboración de los diabéticos y profesionales de atención primaria de la Región de Murcia y de los profesionales del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona (IMIM).

## Bibliografía

- Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, Bullinger M, Kaasa S, Leplege A, Prieto L, Sullivan M. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol 1998; 51: 1171-8.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996; 34: 220-33.
- Health Ware JE, Kosinski M., Turner-Bowker DM, Gandek B. How to Score Version 2 of the SF-12® Health Survey (With a Supplement Documenting Version 1). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2002.
- López-García E, Banegas JR, Graciani A, Gutiérrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del cuestionario de salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc) 2003; 120: 568-73.
- Hanmer J, Lawrence WF, Anderson JP, Kaplan RM, Fryback DG. Report of nationally representative values for the noninstitutionalized US adult population for 7 health-related quality-of-life scores. Med Decis Making. 2006; 26:391-400.
- Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, Karter AJ, Safford M, Waitzfelder B, Prata PA, Beckles GL. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. Epidemiol Rev 2004; 26: 63-77.

## Autores

Olga Monteagudo-Piqueras, Lauro Hernando-Arizaleta, JA Palomar-Rodríguez. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad. Rda de Levante, 11. 30008 - Murcia. Tel 968 36 22 46 / 968 36 66 49; Fax 968 20 19 50.

Email: serplan-sanidad@listas.carm.es

Edita:  
Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. D. G. de Salud Pública. Ronda de Levante 11. 30008 Murcia. Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56 bolepi@carm.es <http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:  
Lluís Cirera, M.ª Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez Martín, José Saura, M.ª José Tormo.

Coordinadora de Edición:  
Visitación García Ortuzar  
Coordinadora Administrativa:  
Mariola Navarro Balibrea  
Suscripción: Envío Gratuito.  
Solicitudes: Servicio de Epidemiología