

## **NIVEL DE SALUD**

### **PROBLEMAS DE SALUD**

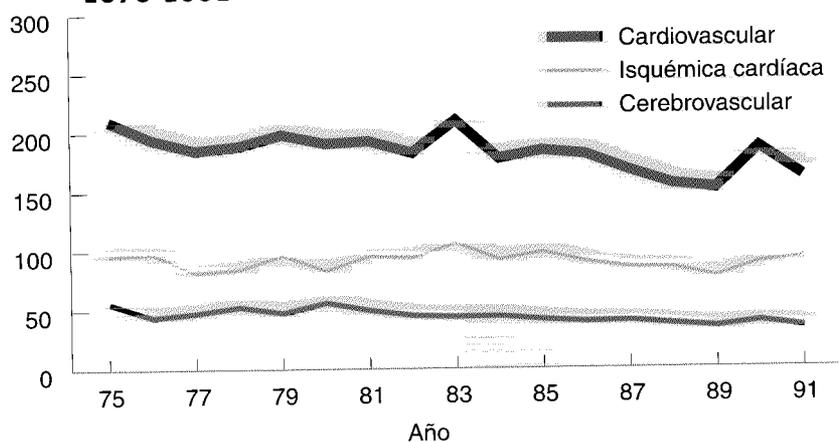
3. Enfermedades Cardiovasculares
4. Cáncer
5. Enfermedades Infecciosas
6. Diabetes
7. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
8. Enfermedades Congénitas y Metabólicas
9. Salud Bucodental
10. Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

## 3 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

### 3.1. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares se mantienen durante años como la primera causa de muerte en la Región de Murcia. Estudios recientes <sup>(1,2)</sup> indican que, durante el periodo 1975-91, mientras las tendencias de mortalidad cardiovascular total y cerebrovascular han tendido a disminuir en ambos sexos, la cardiopatía isquémica permanece estancada (Gráficas 3.1 y 3.2).

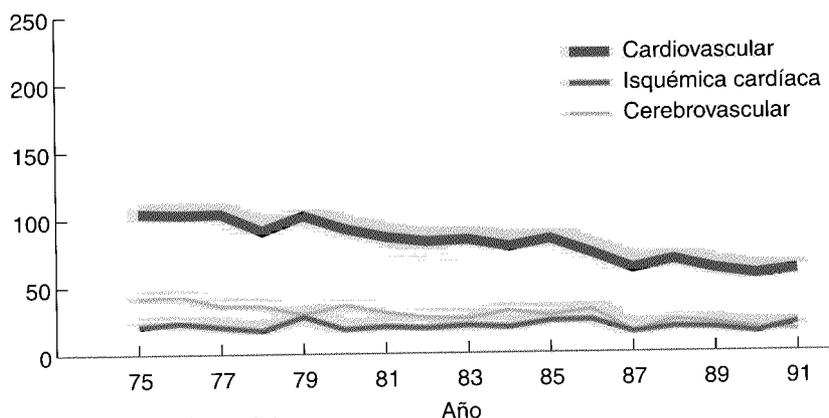
**GRÁFICA 3.1. Evolución de la mortalidad cardiovascular, isquémica y cerebrovascular en hombres de 35-65 años. Región de Murcia 1975-1991**



Tasas de mortalidad ajustadas a pob. mundial

Fuente: Cirera LI, Tormo MJ, Navarro C. Rev Lat Cardiol 1996;17: 39-43.

**GRÁFICA 3.2. Evolución de la mortalidad cardiovascular, isquémica y cerebrovascular en mujeres de 35-65 años. Región de Murcia 1975-1991**

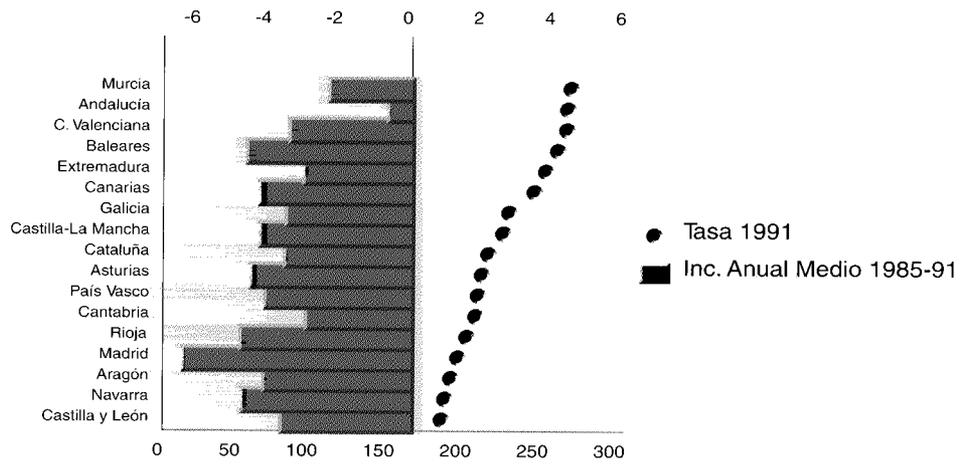


Tasas de mortalidad ajustadas a pob. mundial

Fuente: Cirera LI, Tormo MJ, Navarro C. Rev Lat Cardiol 1996;17: 39-43.

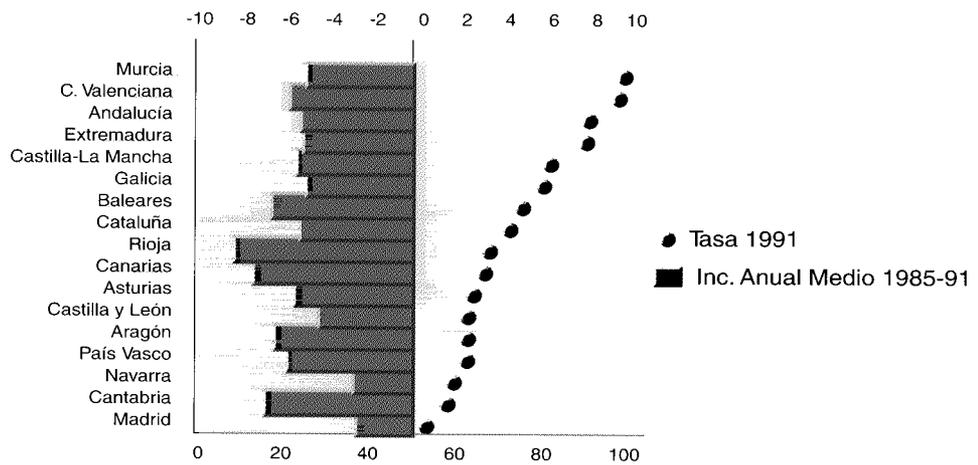
Comparativamente al resto del Estado en el periodo 1985-91 <sup>(3)</sup>, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, coronarias y cerebrovasculares en la Región de Murcia son de las más altas, no observándose para la cardiopatía isquémica la tendencia al descenso experimentado en las demás CC.AA. (Gráficas 3.3 a 3.5).

**GRÁFICA 3.3. Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Tasa ajustada por edad en 1991 e incremento anual medio 1985-91**



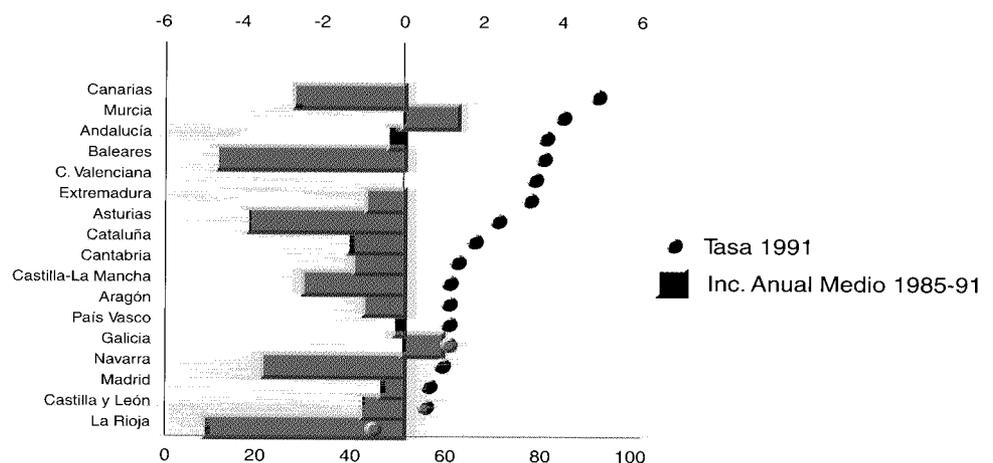
Fuente: Informe SESPAS, 1995

**GRÁFICA 3.4. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Tasa ajustada por edad en 1991 e incremento anual medio 1985-91**



Fuente: Informe SESPAS, 1995

**GRÁFICA 3.5. Mortalidad por cardiopatía isquémica. Tasa ajustada por edad en 1991 e incremento anual medio 1985-91**



Fuente: Informe SESPAS, 1995

Este exceso parece concentrarse en las personas mayores de 65 años, donde ocurren el mayor número de muertes, ya que comparando las tasas de mortalidad entre España y la Región de Murcia en el grupo de edad de 35-64 años, no se observan diferencias significativas.

En definitiva, mientras las tendencias generales de mortalidad cardiovascular son decrecientes, existe un considerable grado de incertidumbre sobre el comportamiento futuro de la mortalidad por cardiopatía isquémica determinada, en primer lugar, por la prevalencia poblacional de los principales factores de riesgo cardiovascular.

### 3.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Para conocer la prevalencia poblacional de los principales factores de riesgo cardiovascular, se diseñó un estudio de ámbito regional, la "Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular" (4). En dicha encuesta, se entrevistó a una muestra representativa de la población adulta de 18 a 65 años de la Región de Murcia, incluyendo en el diseño la representatividad por Área de Salud, edad, sexo y tipo de residencia (urbano, periurbano y rural) y una precisión global de  $\pm 2\%$ . Se entrevistaron a 3.091 personas de las que, al 72% además, se les extrajo una muestra de sangre para determinar las concentraciones lipídicas. La tasa de respuesta final fue del 61%.

Los principales resultados de la encuesta se reflejan en la Tabla 3.1 donde se incluyen las prevalencias del consumo habitual de cigarrillos, hipertensión arterial límite y definida, colesterol sérico elevado, sobrepeso y obesidad y la realización de actividad física de tiempo libre lo suficientemente intensa como para prevenir un ataque agudo coronario.

**TABLA 3.1. Prevalencia (%) de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia, 1992**

FACTORES DE RIESGO	HOMBRES (%)	IC 95%	MUJERES (%)	IC 95%	TOTAL (%)
<b>TABACO</b>					
Fumador habitual	54,4	51,7-57,1	31,3	27,4-35,2	42,8
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>					
Límite	19,2	17,8-20,6	10,3	9,4-11,2	14,7
Definida	13,1	11,8-14,4	13,4	12,1-14,7	13,3
<b>HIPERCOLESTEROLEMIA</b>					
Límite	30,3	27,7-32,9	26,6	24,1-29,1	28,5
Definida	12,5	10,7-14,3	9,5	7,5-11,5	11,0
<b>OBESIDAD</b>					
Límite o sobrepeso	49,7	47,2-52,2	32,3	30,2-34,4	40,9
Definida	17,3	15,3-19,3	22,0	18,3-25,7	20,5
<b>ACTIVIDAD DEPORTIVA VIGOROSA</b>					
< 2 horas/semana	7,6	6,4-8,8	5,0	3,3-6,7	6,3
≥ 2 horas/semana	23,1	21,0-25,2	12,5	10,9-14,1	17,8

Fuente: Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular

En general, se observa que el consumo de tabaco y la obesidad son los factores de riesgo más ampliamente distribuidos entre la población, independientemente del sexo,

Aproximadamente la mitad de los hombres (42,8%) y una tercera parte de las mujeres (36,1%) tienen cifras de colesterol por encima de los deseables 200 mg/dl. De éstos, un 12,5% hombres y un 9,5% de mujeres superaban los 250 mg/dl. Solamente un 23,1% de los hombres y un 12,5% de las mujeres realizaron una actividad física de tiempo libre compatible con la protección coronaria en las dos semanas anteriores a la entrevista, observándose que el número de personas que realizan alguna actividad deportiva moderada y/o vigorosa, decrece con la edad.

Globalmente, la hipertensión arterial afecta al 28% de la población adulta de la Región<sup>(5)</sup>. La prevalencia de hipertensión (límite y definida) en la Región de Murcia es de 32,3 y 23,7% en hombres y mujeres, respectivamente, aumentando con la edad (Tabla 3.2) siendo mayor entre los hombres en todos los grupos de edad excepto los más mayores (50-65 años) donde las mujeres sobrepasan ligeramente a los hombres. La mayor discrepancia entre sexos se observa en la hipertensión límite donde los hombres muestran, consistentemente, tasas mayores que las mujeres en cada grupo de edad, situándose la ratio hombre/mujer entre 1,2 (para el grupo de edad mayor) y 6 (para el más joven).

**TABLA 3.2. Prevalencia (%) de tensión arterial normal<sup>1</sup>, hipertensión arterial límite<sup>2</sup> y definida<sup>3</sup> según sexo y grupos de edad**

SEXO	TAMANO MUESTRA	HIPERTENSION ARTERIAL		
		NORMAL	LIMITE	DEFINIDA
<b>HOMBRES</b>				
18 - 29	389	81.4	15.7	2.9
30 -39	403	77.2	15.5	7.3
40 - 49	343	63.8	24.0	12.2
50 - 65	378	44.5	23.7	31.9
Todos	1513	67.7	19.2	13.1
<b>MUJERES</b>				
18 - 29	384	96.7	2.6	0.7
30 - 39	412	91.0	5.8	3.2
40 - 49	417	71.9	15.2	12.9
50 - 65	364	42.8	20.2	37.0
Todas	1577	76.3	10.3	13.4
TOT. AL	3090	72.0	14.7	13.3

<sup>1</sup> Tensión Arterial Normal: Tensión Sistólica < 140 mm Hg y Tensión Diastólica < 90 mm Hg y sin Tt<sup>6</sup> Farmacológico para la hipertensión.

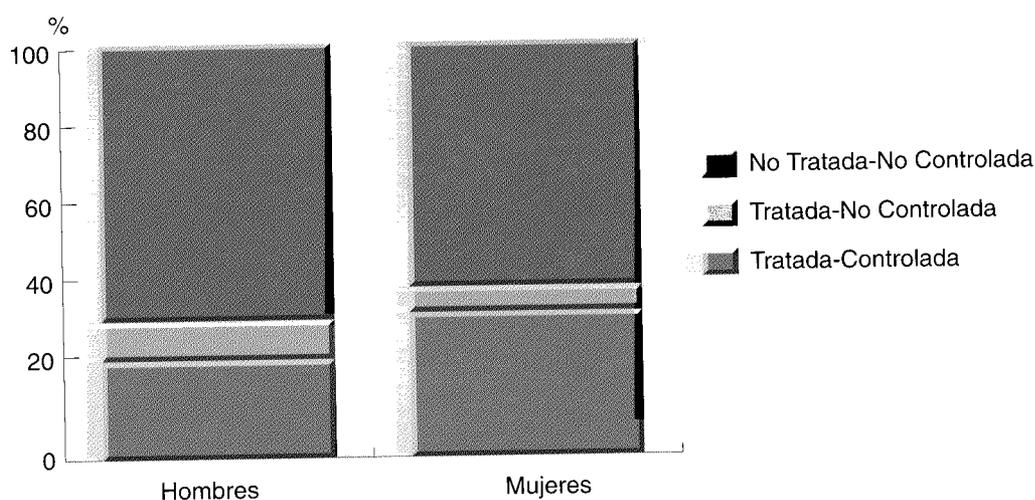
<sup>2</sup> Hipertensión Arterial Límite: Tensión sistólica entre 140 - 159.9 mm Hg. Tensión Diastólica entre 90 - 94.9 mm Hg. y sin Tt<sup>6</sup> Farmacológico para la hipertensión.

<sup>3</sup> Hipertensión Arterial Definida: Tensión Sistólica ≥ 160 mm Hg. o Tensión Diastólica ≥ 95 mm Hg. , o con Tt<sup>6</sup> Farmacológico para la hipertensión.

**Fuente:** Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular

La Gráfica 3.6 muestra el grado de tratamiento y control de la población detectada con hipertensión definida (n=406). La gran mayoría de las hipertensiones definidas detectadas se encontraban sin tratamiento y sin control y, posiblemente, no diagnosticadas aunque algunas no lleguen a confirmarse por haber sido detectadas en una única ocasión, ya que para el diagnóstico clínico de hipertensión se necesitan tener los niveles tensionales elevados al menos en tres ocasiones diferentes y consecutivas. Así, mientras el 34,9% de las mujeres hipertensas estaban siendo tratadas y mantenían su hipertensión controlada, solo el 23% de los hombres se encontraba en esa situación. Por contra, el doble de hombres que mujeres mantenían incontroladas sus cifras tensionales a pesar de estar siendo tratados, aunque globalmente los porcentajes son pequeños.

**GRÁFICA 3.6. Distribución (%) de hipertensos según grado de tratamiento y control por sexo**



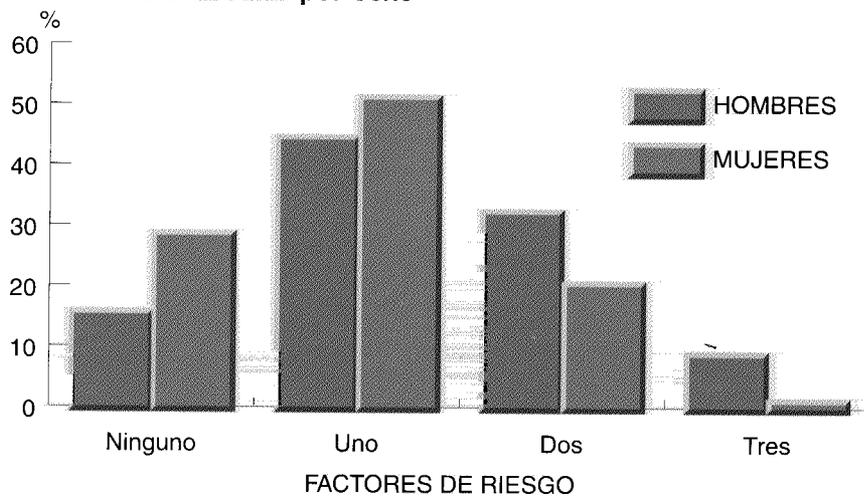
Fuente: Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular

El grado de control de la hipertensión arterial ha aumentado desde los primeros datos referidos a 1982, cuando tan sólo un 5% de la población hipertensa estaba controlada <sup>(6)</sup>. Por otra parte, el grado de tratamiento y control de la hipertensión está directamente asociado al nivel educativo. Así, es más frecuente que una persona universitaria esté tratada y controlada que lo esté una persona sin estudios primarios <sup>(5)</sup>.

Finalmente, un 84,7% de los hombres y un 71,7% de las mujeres de la población presentan, al menos, un factor de riesgo cardiovascular. La diferencia entre sexos es debida al mayor consumo de tabaco en la población masculina, que es el factor de riesgo que, aisladamente, tiene una mayor prevalencia (25%). La Gráfica 3.7 presenta la proporción de población según sexo con, al menos, uno de los tres principales factores de riesgo cardiovascular.

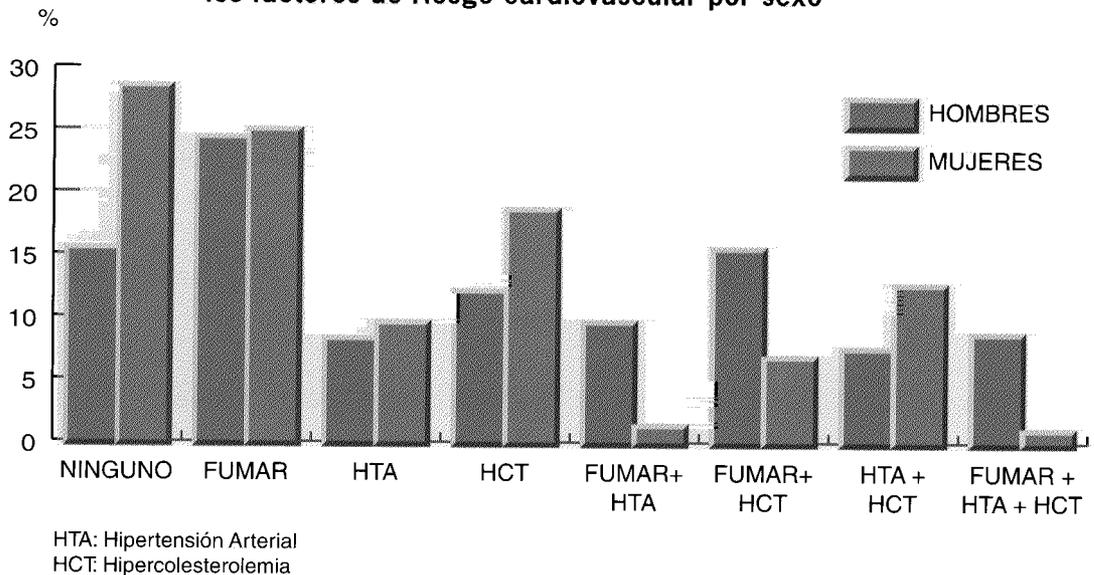
Respecto a la combinación de factores de riesgo y tomando en consideración tan solo el consumo habitual de cigarrillos, la hipertensión y el colesterol elevado, los más prevalentes son el consumo de tabaco e hipercolesterolemia en los hombres (15,3%) e hipertensión e hipercolesterolemia en las mujeres (12,4%). Un 8,5% de los hombres presenta los tres factores de riesgo encontrando, además, la mayor agregación en aquellos sin estudios primarios (13,3%). La Gráfica 3.8 muestra la prevalencia poblacional considerando cada posible combinación de factores de riesgo elevado aisladamente.

**GRÁFICA 3.7. Distribución (%) de personas según el número de factores de riesgo cardiovascular por sexo**



Fuente: Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular

**GRÁFICA 3.8. Distribución (%) de personas según combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular por sexo**



Fuente: Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular

La prevalencia de uno o más factores de riesgo combinados aumenta, asimismo, con la edad en ambos sexos. Del mismo modo, el nivel educativo está claramente asociado a la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular, como se pone de manifiesto en la Tabla 3.3 Estos datos indican la necesidad de utilizar intervenciones que consideren múltiples factores de riesgo cardiovascular simultáneamente, así como tienen trascendencia a la hora de diseñar y transmitir los mensajes preventivos y terapéuticos.

**TABLA 3.3. Prevalencia (%) estandarizada por edad<sup>1</sup> de combinaciones de los principales factores de riesgo cardiovascular según nivel educativo y sexo**

SEXO: NIVEL	TAMAÑO MUESTRAL	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR							
		NINGÚN FACTOR	FUMAR <sup>2</sup>	HTA	HCT	F + HTA	F + HCT	HTA + HCT	F + HTA + HCT
<b>HOMBRES</b>									
<Primarios	297	10.9	11.0	11.6	10.9	15.5	13.8	13.0	13.3
Primarios	447	14.1	27.4	7.8	11.6	7.2	17.5	6.2	8.3
Secundarios	179	17.2	30.1	5.4	15.1	7.3	12.1	4.5	8.4
Universidad	130	24.8	22.0	5.8	13.0	5.2	17.4	4.6	7.2
<b>MUJERES</b>									
<Primarios	464	26.4	5.5	19.0	21.2	0.8	1.2	25.1	0.9
Primarios	483	33.5	24.6	8.2	16.5	1.2	8.1	7.2	0.7
Secundarios	153	27.3	46.6	1.0	13.5	2.6	7.2	2.2	0.7
Universidad	105	25.3	35.7	3.0	17.4	1.7	14.1	1.1	1.7

<sup>1</sup> Población de la Región de Murcia según Censo de 1991 como estándar.

<sup>2</sup> Fumar: Se excluye a fumadores esporádicos (n= 7) a ex-fumadores y fumadores de otros tipos de tabaco distintos a cigarrillos (n=25).

<sup>3</sup> HTA: Hipertensión según Consenso español, Tensión A. Sistólica  $\geq$  140 mm Hg y/o Tensión A. Diastólica  $\geq$  90 mm Hg y/o con Tt<sup>o</sup> Farmacológico para la Hipertensión.

<sup>4</sup> HCT: Colesterol sérico > 200 mg/dl.

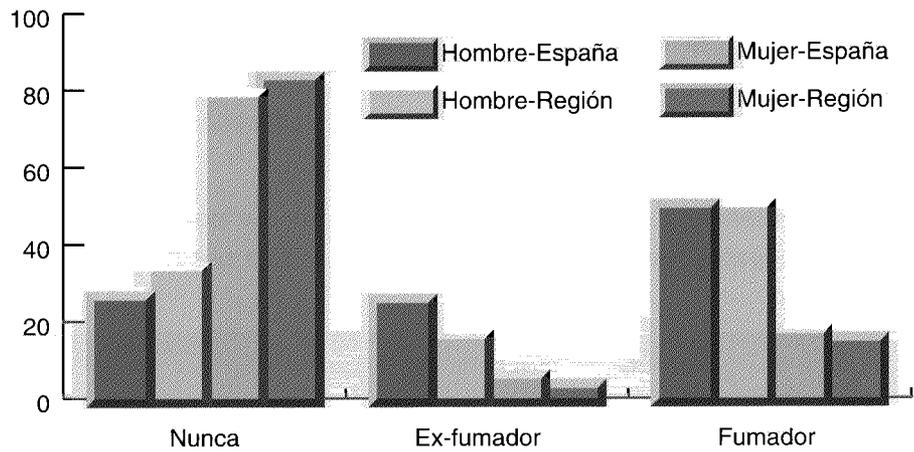
Fuente: Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular.

### 3.3. COMPARACIÓN CON EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE 35 A 64 AÑOS

Para comparar las distintas prevalencias de los factores de riesgo en la población murciana y estatal se ha tomado como referencia el estudio epidemiológico de la población española de 35-64 años <sup>(7)</sup>. Este estudio se llevó a cabo en 1989 sobre una muestra representativa de 2.021 personas para una precisión de  $\pm$  2% con un 73% de participantes.

El porcentaje de fumadores es similar en España y en la Región de Murcia, llama la atención el menor porcentaje de ex-fumadores en esta última, compensada por una proporción mayor de personas que nunca han fumado (Gráfica 3.9).

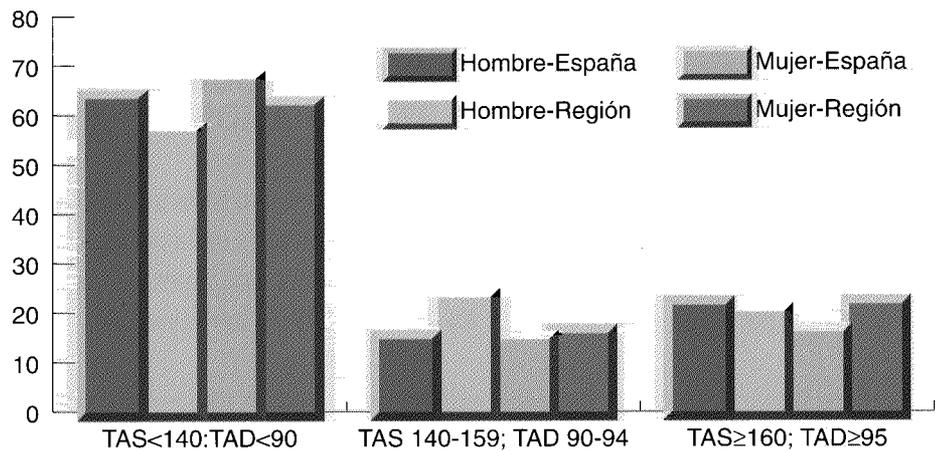
**GRÁFICA 3.9. Prevalencia estandarizada por edad de consumo de tabaco en población de 35 a 64 años de España y la Región de Murcia**



**Fuente:** Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española de 35 a 64 años.

Respecto a la Hipertensión, las cifras son muy similares entre España y la Región de Murcia, excepto en el caso de la hipertensión límite (TAS 140-159; TAD 90-94) en los hombres, con una diferencia de 10 puntos superior en la Región. Este es un hallazgo consistente para todos los grupos de edad y para el que en la actualidad no existe una clara explicación (Gráfica 3.10). La hipertensión arterial definida sería más prevalente en las mujeres de la Región de Murcia. La mitad de este grupo de población presenta hipertensión en la Región.

**GRÁFICA 3.10. Prevalencia estandarizada por edad de hipertensión límite y definida en población de 35 a 64 años de España y la Región de Murcia**

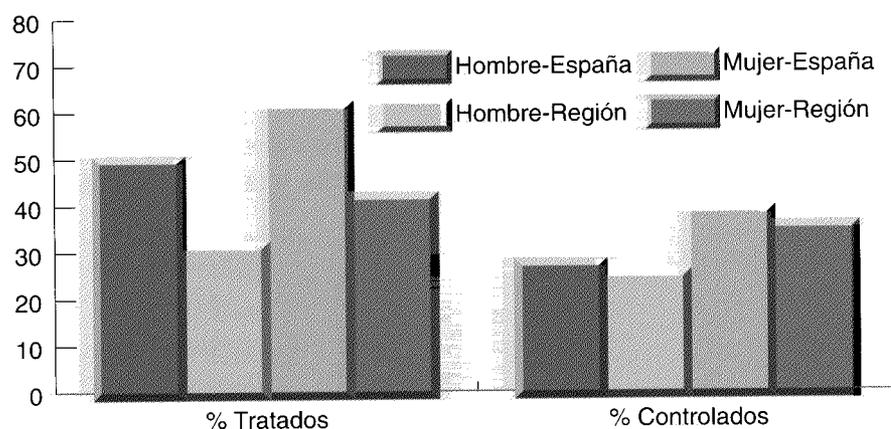


**Fuente:** Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española de 35 a 64 años.

El porcentaje de control ha aumentado desde los primeros datos publicados en la Región en 1982, pasando del 5% al 30%. Comparándolo con la población española de 35-64 años, el porcentaje de tratados y controlados es similar, aunque es importante hacer la aclaración de que en la definición de caso de hipertensión tratado, en el estudio de España se incluyen aquellos que declaran estar realizando sólo dieta para evitar la elevación de la tensión arterial, mientras en Murcia tan sólo se ha considerado el tratamiento farmacológico.

Estas cifras indican, tanto en España como en Murcia, que de cada 100 pacientes hipertensos definidos tan solo 30 mantienen su tensión controlada, dejando un amplio margen para la intervención sanitaria. El porcentaje global de pacientes controlados es muy similar entre ambos estudios y sensiblemente mejor que los primeros resultados referidos al año 1982 en el que sólo se encontró un control del 5% de los hipertensos (Gráfica 3.11).

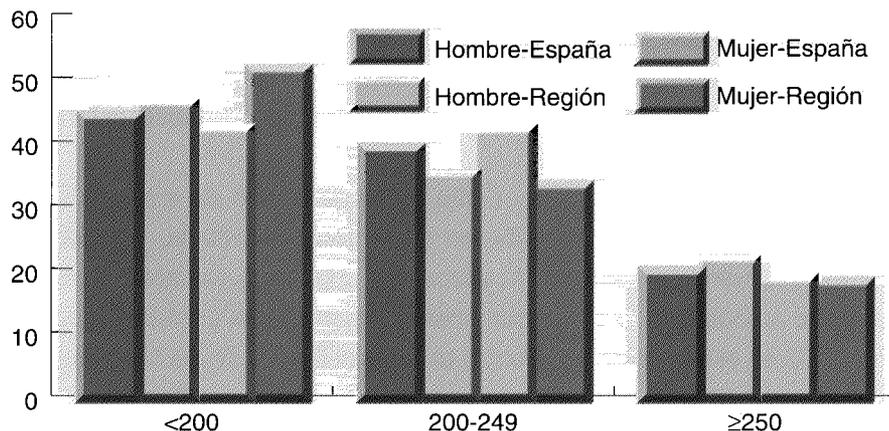
**GRÁFICA 3.11. Prevalencia estandarizada por edad de hipertensos según grado de tratamiento y control en población de 35 a 64 años de España y la Región de Murcia**



**Fuente:** Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española de 35 a 64 años.

Globalmente, y aunque el porcentaje de casos de hipercolesterolemia es similar entre ambos estudios, hay una diferencia sustancial, sobre todo en mujeres en cuanto a la elevación del colesterol límite, en el sentido de ser menor en la Región de Murcia (Gráfica 3.12).

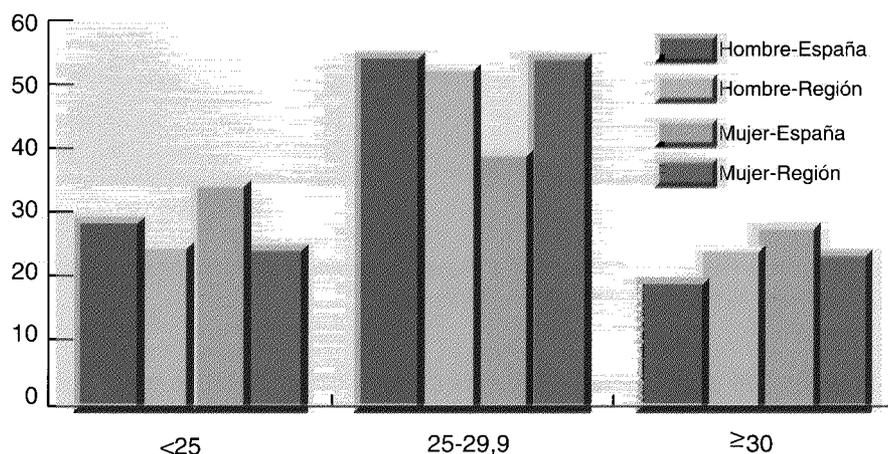
**GRÁFICA 3.12. Prevalencia estandarizada por edad de colesterol sérico elevado en población de 35 a 64 años de España y la Región de Murcia**



**Fuente:** Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española de 35 a 64 años.

Finalmente, existe mayor grado de sobrepeso y obesidad en la Región de Murcia, a expensas de la obesidad en los hombres y del sobrepeso en mujeres (Gráfica 3.13).

**GRÁFICA 3.13. Prevalencia estandarizada por edad de sobrepeso y obesidad en población de 35 a 64 años de España y la Región de Murcia**



**Fuente:** Encuesta Regional de Prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Estudio Epidemiológico de los Factores de Riesgo Cardiovascular en la Población Española de 35 a 64 años.

En resumen, mientras los principales factores de riesgo cardiovascular se distribuyen de una forma semejante en España y en la Región de Murcia, es necesario destacar la alta prevalencia de un factor de riesgo clave en la enfermedad isquémica del corazón como es el consumo de tabaco. Este factor es claramente evitable como lo están demostrando la evolución de las tendencias de consumo en los países anglosajones.

Por otra parte, el nivel de hipertensión permanece estabilizado con una mejora, todavía insuficiente, del grado de control. Esto puede traducirse en el futuro, en un mayor descenso de la tendencia de mortalidad cerebrovascular observada en las últimas décadas.

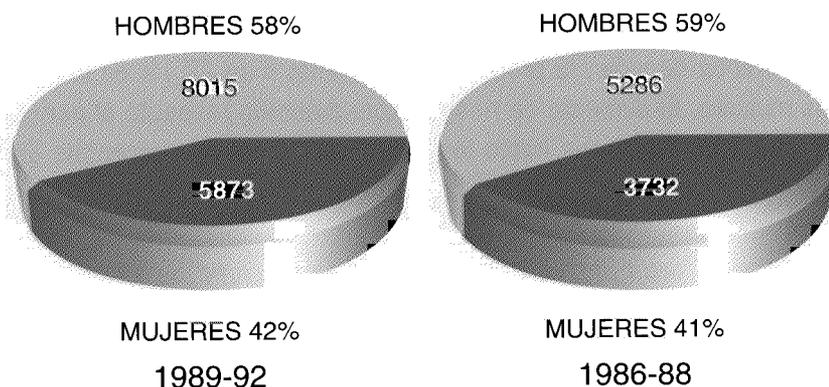
## 4 CÁNCER

### 4.1. INCIDENCIA GLOBAL

Durante el período 1989-92 se registraron en la Región 13.888 nuevos casos de cáncer, lo que representa una media anual de 3.472 casos. Esta cifra es superior a la media del trienio anterior (3.006 casos) en un 15%, aunque en parte se debe al aumento de casos registrados de cáncer de piel no melanocíticos. El aumento de casos absoluto, excluidos éstos últimos es de un 11,9%.

Del total de casos incidentes, 8.015 (57,7%) corresponden a hombres y 5.873 (42,3%) a mujeres, distribución similar a la encontrada en el periodo 1986-88 (Gráfica 4.1). Las tasas de incidencia bruta anual son de 390,9 tumores malignos por cien mil hombres y 277,5 por cien mil mujeres.

**GRÁFICA 4.1. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia en 1986-92. Distribución por sexo**

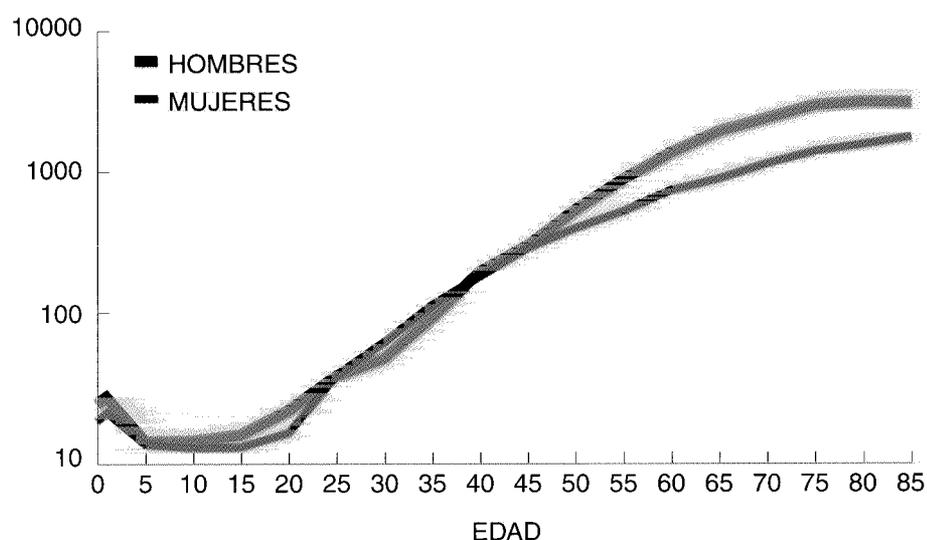


Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Dirección General de Salud.

La razón hombre/mujer de las tasas de incidencia ajustadas por edad fue de 1,6. Lo que significa que los hombres tienen un exceso de riesgo de cáncer del 60% respecto a las mujeres. Esta razón es mas alta en los hombres, considerando sólo aquellas localizaciones con más de diez casos registrados en ambos sexos (límite inferior para considerar las tasas como estables), para el labio (24,0), bronquios y pulmón (11,1), esófago (12,6) y vejiga (9,4). La razón hombre/mujer se invierte en glándula tiroides (0,2) y vesícula biliar (0,5). Estas diferencias se mantienen estables con respecto al periodo 1986-88.

La incidencia de cáncer por edad es mínima en el grupo de 5 a 9 años en los varones y entre los 10 y los 19 años en las mujeres, mostrando una tendencia ascendente a partir de esas edades. En todas las edades, excepto entre los 25 y 40 años, las tasas de incidencia son superiores en los hombres (Gráfica 4.2). La mayor incidencia en mujeres entre los 30 y 49 años es debida principalmente a los cánceres de mama en mujeres premenopáusicas.

**GRÁFICA 4.2. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia en 1989-92. Tasas específicas por edad y sexo**



Tasa por 100.000 por año. Escala logarítmica

**Fuente:** Registro de Cáncer de Murcia. Dirección General de Salud.

El riesgo de desarrollar, en los primeros 64 años de vida, un tumor maligno es del 13,5% en los hombres y del 9,6% en las mujeres de la Región de Murcia. Si el periodo bajo observación se extiende diez años más (la probabilidad de desarrollar un tumor maligno en los primeros 74 años de vida), la probabilidad aumenta a un 29,1% en los hombres y un 17,2% en las mujeres. El aumento de riesgo experimentado respecto al periodo 1986-88 es más marcado en las mujeres hasta los 74 años, en que el porcentaje asciende 1,7 puntos.

La tasa de incidencia anual de tumores malignos en el grupo de edad de 35-64 años, donde mayor impacto pueden tener los programas de detección precoz de cáncer, es de 373 nuevos casos por cien mil en hombres y 276 en mujeres (en el periodo 1986-88 las cifras fueron de 347 para los hombres y 264 para las mujeres).

Los tumores más frecuentes en los hombres están relacionados con el tabaco, siendo éste el principal factor de riesgo en muchos de ellos. Sólo los cánceres de pulmón, vejiga y laringe, cuyo principal factor de riesgo es el tabaquismo, representan cerca del 40% de los tumores de los hombres murcianos si excluimos los de piel. Por ello, la reducción del hábito tabáquico es el principal objetivo en la prevención primaria del cáncer, junto con la recomendación de reducir el consumo de alcohol y la promoción de la dieta mediterránea.

En resumen, Murcia sigue siendo un área de baja/intermedia incidencia en el contexto europeo. Además, los tumores más frecuentes comparten en su etiología factores evitables como el tabaco (cáncer de pulmón, vejiga, laringe), el exceso de radiaciones solares (cáncer de piel) o el exceso de consumo de alcohol (cáncer de laringe), que pueden ser susceptibles a intervenciones de salud pública encaminadas a su prevención y control.

## 4.2. PRINCIPALES LOCALIZACIONES

La localización más frecuente en ambos sexos es el cáncer de piel, incluido el melanoma, que representa el 20,4% de todos los tumores malignos en los hombres y el 22,9% en las mujeres. Por sexo, en hombres destacan, después de los de piel, el de pulmón, vejiga y colon-recto. En mujeres, el cáncer de mama ocupa la segunda posición, seguido por el de colon-recto (Tabla 4.1).

**TABLA 4.1. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia. Número de casos, porcentaje y tasa bruta de incidencia anual por cien mil habitantes. Principales localizaciones en hombres y mujeres 1989-92**

LOCALIZACIÓN	HOMBRES			LOCALIZACIÓN	MUJERES		
	Nº CASOS	%	TASA BRUTA		Nº CASOS	%	TASA BRUTA
Piel	1.633	20,4	79,6	Piel	1.344	22,9	63,5
Pulmón	1.227	15,3	59,8	Mama	1.186	20,2	56,0
Vejiga	808	10,1	39,4	Colon-recto	664	11,3	31,4
Colon-recto	720	9,0	35,1	Cuerpo útero	302	5,1	14,3
Próstata	553	7,0	27,0	Estómago	280	4,8	13,2
Estómago	419	5,2	20,4	Ovario	208	3,5	9,8
Laringe	398	5,0	19,4	Cuello de útero.	191	3,2	9,0
Otras	2.257	28,2		Otras	1.695	28,9	
<b>TODAS *</b>	<b>6.448</b>	<b>82,9</b>	<b>314,5</b>	<b>TODAS *</b>	<b>4.645</b>	<b>79,1</b>	<b>219,5</b>
<b>TODAS</b>	<b>8.015</b>	<b>100,0</b>	<b>390,9</b>	<b>TODAS</b>	<b>5.872</b>	<b>100,0</b>	<b>277,5</b>

\* Excepto piel no melanoma.

Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud

Al comparar la tasas de incidencia ajustadas por edad, tomando como referencia la población europea estandar, con el trienio anterior se observa que el principal incremento corresponde al cáncer de piel, que pasa de 73,3 a 87,8 casos nuevos anuales por cada cien mil hombres y de 42,4 a 56,2 en las mujeres. Este aumento se puede atribuir principalmente a una mayor exhaustividad en la identificación y registro de casos, coincidiendo con el estudio caso-control que paralelamente se estaba desarrollando en la Región.

Como se observa en la Tabla 4.2, el resto de localizaciones no experimenta variaciones importantes. Lo más destacable es el ligero aumento del cáncer de colon-recto en ambos sexos, el de vejiga en hombres y los de mama y ovario en las mujeres.

**TABLA 4.2. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia. Tasas de incidencia anual por cien mil habitantes ajustadas a la población europea estándar. Principales localizaciones en hombres y mujeres 1986-88 y 1989-92**

HOMBRES		MUJERES			
LOCALIZACIÓN	1986-88	1989-92	LOCALIZACIÓN	1986-88	1989-92
Piel	73,3	87,8	Piel	42,4	56,2
Pulmón	69,2	67,5	Mama	53,5	58,9
Vejiga	39,2	44,8	Colon-recto	26,5	28,4
Colon-recto	34,9	39,7	Cuerpo útero	14,0	14,8
Próstata	30,4	29,9	Estómago	12,3	11,7
Estómago	25,8	23,1	Ovario	8,6	9,8
Láringe	22,1	22,2	Cuello de útero	9,5	9,6
TODAS *	345,8	353,6	TODAS *	199,4	212,6
TODAS	416,5	437,9	TODAS	238,1	263,2

\* Excepto piel.

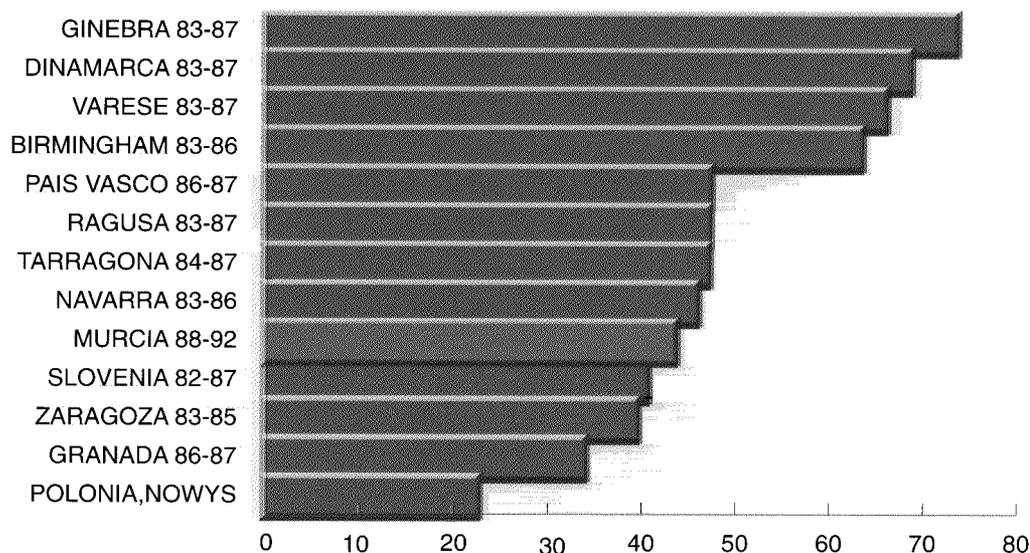
Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud

### 4.2.1. Cáncer de mama

La incidencia de cáncer de mama en la Región es de 56,0 casos por cien mil mujeres por año. En relación con otros registros españoles la incidencia es media y en el contexto europeo se puede considerar también intermedia (Gráfica 4.3).

Comparando con el trienio anterior se produce un aumento de las tasas de incidencia de un 10%. Este aumento se aprecia en todos los grupos de edad, excepto en las mujeres más jóvenes (Gráfica 4.4).

**GRÁFICA 4.3. Tasas de incidencia de cáncer de mama. Varios registros europeos con los valores máximo y mínimo. Todos los tumores**



Tasa anual por 100.000 ajustada por edad

Fuente: Registro de Cáncer de Murcia - Cancer Incidence in Five Continents vol VI - Elaboración propia

### 4.2.3. Cáncer de colon y recto

El cáncer de colon y recto representa el 9,0% de los tumores malignos en hombres y el 11,3% en las mujeres. Se observa una ligera tendencia ascendente en ambos sexos. Se han publicado en el último año los resultados de varios ensayos aleatorios controlados llevados a cabo en EE.UU. y Europa, con resultados favorables a la reducción de la mortalidad mediante programas de cribado con pruebas de sangre oculta en heces.

Puesto que todavía no es una intervención tan extendida como el cribado de cáncer de mama, no figura esta causa entre las primeras en mortalidad o en años de vida perdidos y se conocen algunos factores de prevención primaria, parece razonable que se realice una revisión en profundidad de este tema, y se discutan ampliamente las ventajas y limitaciones de realizar prevención secundaria y el tipo de intervención más adecuada a la luz de las últimas evidencias disponibles.

### 4.2.4. Cáncer de próstata

El cáncer de próstata ocupa el cuarto lugar de todas las localizaciones en hombres en la Región de Murcia apreciándose un incremento tanto en número como en tasas entre los periodos 1983-85 y 1986-89. Por grupos de edad, se aprecia que la incidencia aumenta de forma muy importante con la edad, apareciendo más del 75 % de los casos en mayores de 70 años. La tasas de mortalidad específica por edad se hacen relevantes a partir de los 70 años. (Tabla 4.3)

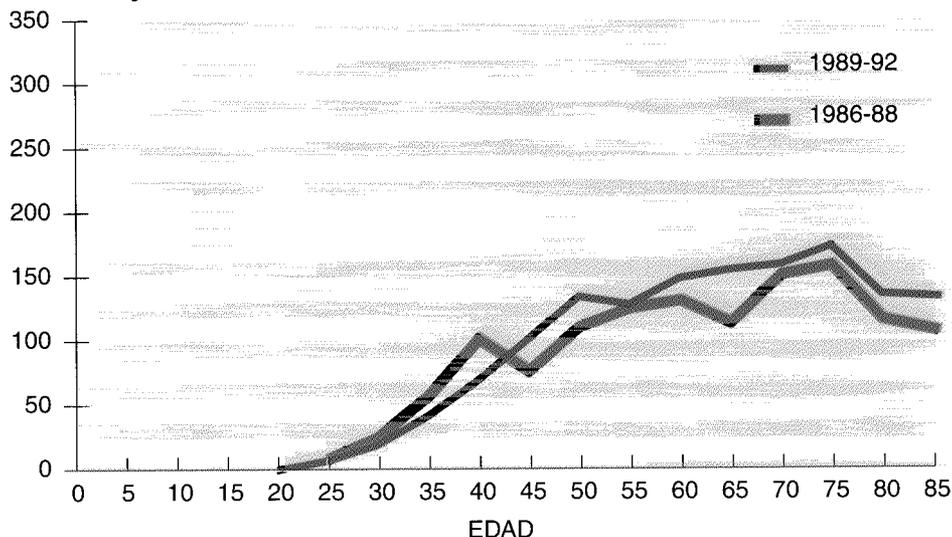
Los hombres mayores de 40 años presentan una probabilidad de ser diagnosticados del 4,8% y de morir por tal causa del 3% ( casi el 38% de los hombres diagnosticados de cáncer de próstata mueren por otra causa). Ambos riesgos se concentran en edades avanzadas, así la probabilidad de ser diagnosticado de cáncer de próstata es 6 veces mayor entre los hombres de más de 70 años comparados con los menores de esa edad y 10 veces mayor para el riesgo de muerte

**TABLA 4.3. Riesgos acumulados de diagnóstico y muerte por cáncer de próstata. Riesgos en tantos por cien**

GRUPO DE EDAD	RIESGO DE SER DIAGNOSTICADO (% 5 AÑOS)	RIESGO ACUMULADO DE DIAGNOSTICO	RIESGO DE MORIR DE CÁNCER DE PRÓSTATA (% 5 AÑOS)	RIESGO ACUMULADO DE MUERTE
40	0,0065	0,0065		
45	0,0070	0,0135	0,0196	0,0196
50	0,0060	0,0130	0,0000	0,0196
55	0,0250	0,0310	0,0187	0,0383
60	0,1975	0,2225	0,0388	0,0771
65	0,5920	0,7895	0,2013	0,2784
70	1,1940	1,7860	0,6445	0,9229
75	1,5545	2,7485	2,0285	3,0079
80	2,3750	3,9295		
85	2,4455	4,8205		

Fuente: Unidad Técnica de Ordenación Sanitaria y Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud

**GRÁFICA 4.4. Incidencia de cáncer de mama en la Región de Murcia en 1989-92 y 1986-88. Tasas específicas por edad**



Tasa específica por 100.000 por año.

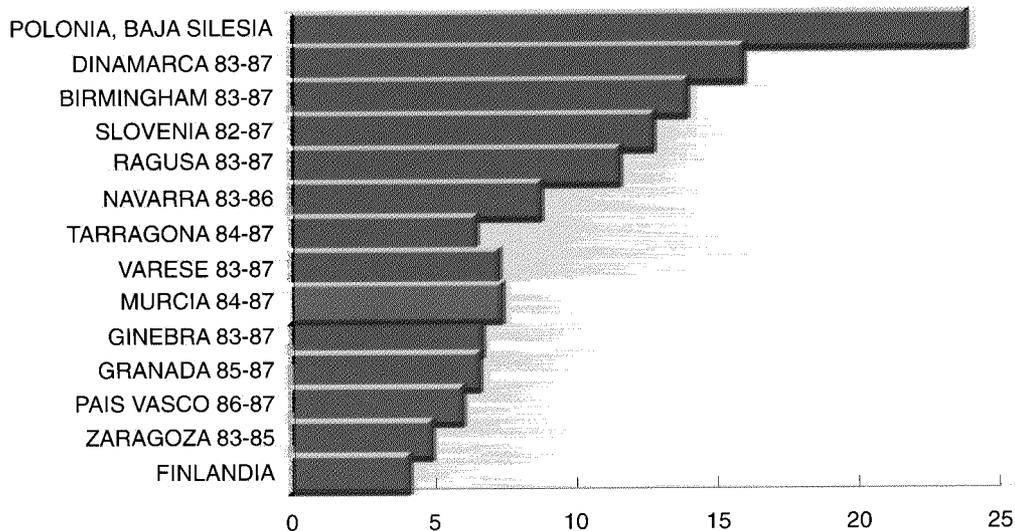
Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud

### 4.2.2. Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es un tumor de baja incidencia y mortalidad en España y en Murcia. La efectividad de la prevención secundaria mediante la prueba de Papanicolaou hace que el cáncer de cuello uterino se considere una causa de mortalidad evitable.

La incidencia de cáncer de cuello uterino es de 9,0 casos por cien mil mujeres por año, mostrando una estabilidad de las tasas al comparar el periodo 1986-88 y 1989-92. Comparando con otros registros españoles la incidencia es alta, aunque es baja-intermedia al comparar con los registros europeos para el periodo 1984-87 (Gráfica 4.5).

**GRÁFICA 4.5. Tasas de incidencia de cuello uterino. Varios registros europeos con los valores máximo y mínimo. Todos los tumores**



Tasa anual por 100.000 ajustada por edad

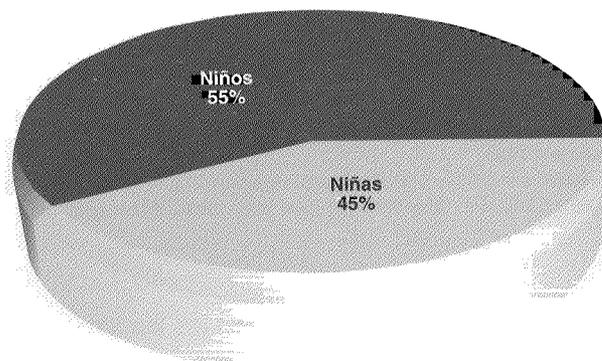
Fuente: Registro de Cáncer de Murcia -Cancer Incidence in Five Continents vol VI - Elaboración propia

El tratamiento actual de cáncer de próstata se ha mostrado eficaz tanto en términos de supervivencia como de curaciones (personas libres de la enfermedad a los cinco años). Sin embargo, no se ha demostrado una disminución en la mortalidad por esta causa entre los grupos de hombres sometidos a cribado frente a los diagnosticados por los cauces clínicos habituales. Existen actualmente diferentes grupos de investigaciones con estudios diseñados para verificar tal situación, por lo que es razonable esperar sus conclusiones.

#### 4.2.5. Incidencia de cáncer infantil

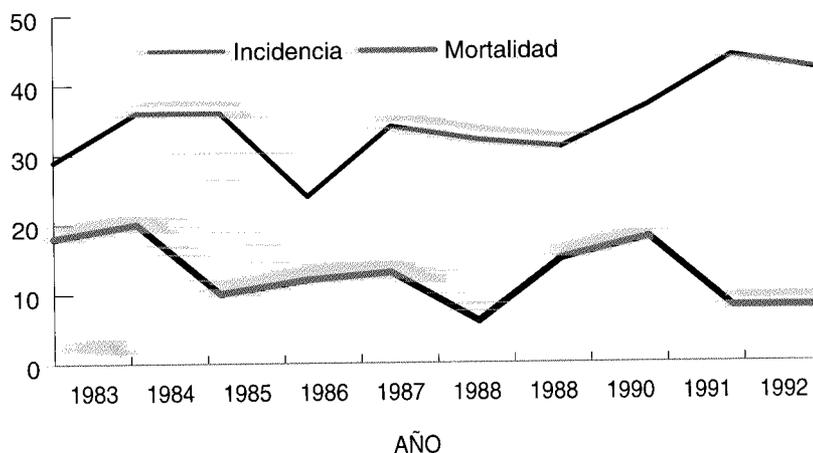
En el periodo 1989-92 se registraron 154 casos en menores de 15 años y en el conjunto de los diez últimos años un total de 345 casos, de los que el 55% fueron niños y un 45% niñas (Gráfica 4.6). La evolución del número de casos por año aparece en la Gráfica 4.7 junto con las muertes ocurridas en el mismo periodo.

**GRÁFICA 4.6. Incidencia de cáncer infantil en la Región de Murcia 1983-92. Distribución por sexo**



Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Dirección General de Salud.

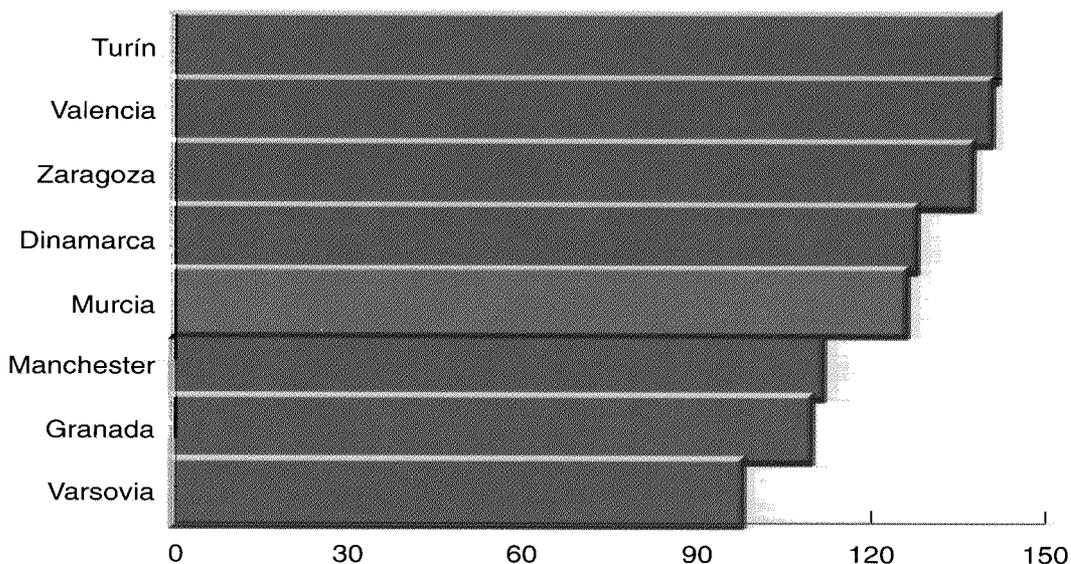
**GRÁFICA 4.7. Cáncer infantil en la Región de Murcia 1983-1992. Número de casos incidentes y defunciones de 0-14 años**



Fuente: Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud.

La tasa de incidencia global es 125,7 casos por millón de niños por año, que se puede considerar intermedia tanto comparando con registros españoles como europeos (Gráfica 4.8)

**GRÁFICA 4.8. Tasas de incidencia de cáncer infantil. Varios registros europeos con los valores máximo y mínimo. Todos los tumores**

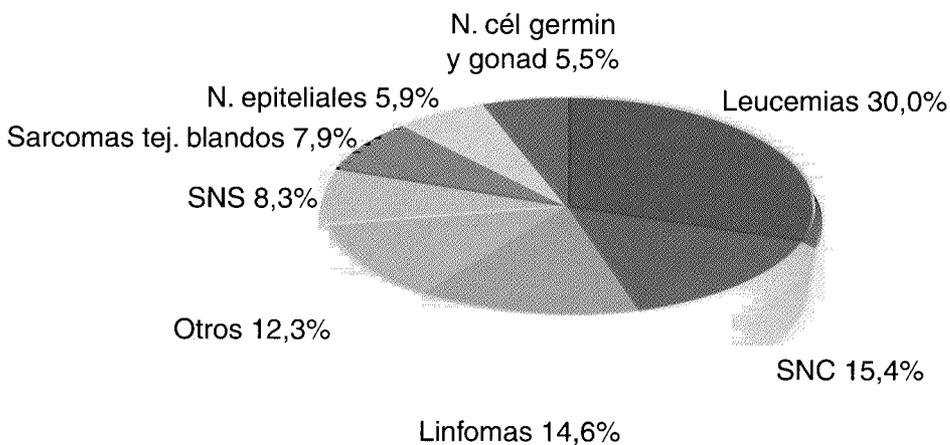


Tasa anual por 100.000 ajustada por edad

**Fuente:** Peris R, Martínez C, Navarro C y Melchor I. XX Réunion Groupe pour l'Epidemiologie et l'Enregistrement du Cancer dans les Pays de Langue Latine, 1995. IARC Scientific Publ. Lyon: IARC, 1988 - Elaboración propia

El principal grupo de tumores infantiles lo constituyen las leucemias, seguido de los tumores del sistema nervioso central y los linfomas (Gráfica 4.9).

**GRÁFICA 4.9. Cáncer infantil en la Región de Murcia 1983-1992. Distribución por grupo diagnóstico**



**Fuente:** Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud

## 5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Los datos correspondientes a las Enfermedades Infecciosas provienen del Sistema de Información Sanitaria sobre las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

Las comparaciones territoriales a realizar con los datos disponibles están sujetas a las distintas coberturas de notificación de las diferentes Comunidades Autónomas, por lo que siempre deben interpretarse con cautela. En la Región, la cobertura de notificación del sistema en Atención Primaria en 1996 fue de 85.7%, cobertura similar a la del año anterior (83.7%). En el ámbito de la Atención Especializada la cobertura fue muy desigual, siendo necesaria una mejora importante de la notificación a este nivel.

Durante 1996 se registraron un total de 58 brotes epidémicos en la Región. En la Tabla 5.1 se relacionan los brotes investigados y el número de afectados.

**TABLA 5.1. Brotes Epidémicos Investigados. Región de Murcia 1996**

ENFERMEDAD	NºBROTOS	NºAFECTADOS
Infección/Intoxicación Alimentaria	36	360
Tuberculosis respiratoria	5	15
Hepatitis A	5	67
Gastroenteritis por Campilobacter	1	3
Gastroenteritis inespecífica	1	10
Disenteria	1	9
Meningitis Meningocócica	2	4
Otras Meningitis (*)	4	73
Rubeola	2	15
Brucelosis	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>558</b>

(\*) En esta tabla solo aparecen reseñados los brotes de otras meningitis correspondientes a los municipios en que se registraron más de seis casos.

**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Por otro lado, las enfermedades transmisibles notificadas como EDO en 1996 en la Región de Murcia y en España se presentan en la Tabla 5.2 (número de casos y tasas por cada 100.000 habitantes).

### Enfermedades Digestivas

Durante el cuatrienio 1993-1996 la incidencia registrada de "otros procesos diarreicos" oscila entre 8.300 y 10.300 casos anuales por cada 100.000 habitantes. El número de casos registrados de fiebre tifoidea en dicho período se ha estabilizado en torno a 20-25 casos anuales y de disentería en 0 a 10 casos anuales. Sin embargo, en 1995, aunque no se registró ningún caso de disentería bacilar bajo esta rúbrica, se registraron como toxiinfecciones alimentarias 262 casos de gastroenteritis por *Shigella sonnei* incluidos en un brote de shigellosis en el que estuvo implicado como alimento de transmisión queso

fresco si bien parte de los casos no consumieron este alimento y se consideran casos secundarios atribuibles a transmisión persona a persona.

A lo largo del año 1996 se registraron 36 brotes de infecciones e intoxicaciones alimentarias y 3 brotes de gastroenteritis

**TABLA 5.2. Enfermedades de Declaración Obligatoria 1996. Región de Murcia y España. Nº Casos y tasa por 100.000 habitantes**

	REGION DE MURCIA		ESPAÑA	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA
Fiebre Tifoidea	20	1,84	528	1,34
Disenteria	10	0,92	86	0,22
Toxi-infección alimentaria	517	47,61	21.156	53,86
Otros Procesos Diarreicos	112.235	10.343,89	2.917.228	7.426,44
Infección Respiratoria Aguda	796.823	73.378,57	19.634.868	49.984,86
Gripe	98.984	9.115,33	3.294.824	8.387,72
Neumonía	4.900	451,24	159.340	405,63
Tuberculosis Respiratoria	225	20,72	6.305	16,05
Otras Tuberculosis	45	4,14	-	-
Sarampión	46	4,24	4.877	12,42
Rubeola	232	21,36	16.688	42,48
Parotiditis	42	3,87	14.411	36,69
Tosferina	17	1,57	3.534	9,00
Tetanos	1	0,10	32	0,08
Difteria	0	0,00	0	0,00
Poliomielitis	0	0,00	0	0,00
Infección Meningocócica	45	4,14	1.384	3,52
Otras Meningitis	136	12,52	-	-
Sífilis	14	1,29	793	2,02
Inf. Gonocócica	18	1,66	4.087	10,40
Otras ETS	1.174	108,11	-	-
Hepatitis	189	17,40	7.112	18,11
Varicela	8.584	790,49	237.252	603,98
Escarlatina	139	12,80	6.395	16,28
Fiebre Reumática	48	4,42	1.138	2,90
Brucelosis	50	4,60	1.904	4,85
Carbunco	0	0,00	51	0,13
Hidatidosis	1	0,10	354	0,90
Fiebre Exantemática Mediter.	14	1,29	480	1,22
Leishmaniasis	1	0,10	82	0,21
Fiebre Recurr.por Garrapatas	0	0,00	56	0,14
Lepra	1	0,10	13	0,03
Leptospirosis	0	0,00	8	0,02
Oftalmía Neonatorum	0	0,00	17	0,04
Paludismo (i)	2	0,20	147	0,37
Sepsis puerperal	0	0,00	8	0,02
Tracoma	0	0,00	0	0,00
Triquinosis	0	0,00	16	0,04
Cólera (i)	0	0,00	0	0,00

Notas: La información sobre casos de SIDA se ofrece aparte. Sobre el resto de EDO no se ha recibido en 1996 ninguna notificación.

(i) casos importados.

**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud. Centro Nacional de epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

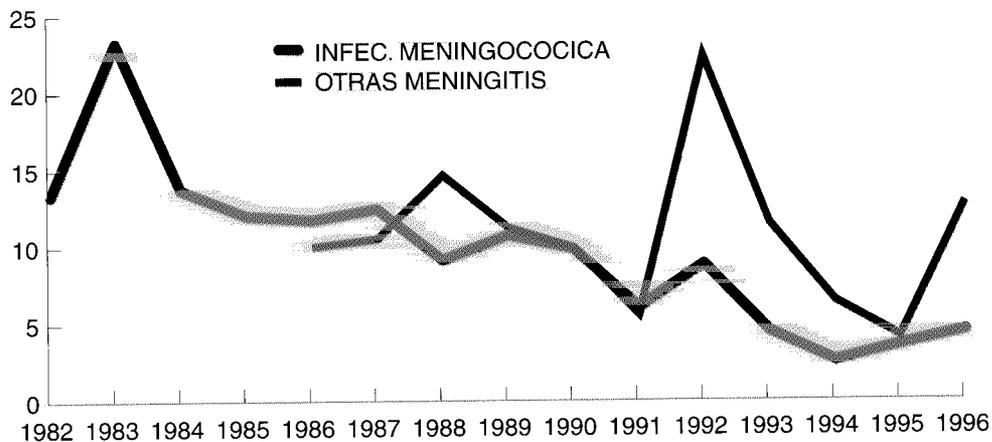
## Enfermedades Respiratorias

En los últimos cuatro años la incidencia de infecciones respiratorias agudas se ha mantenido en torno a los 70.000 casos por cada 100.000 habitantes al año y la de neumonía entre 325 y 450 casos por 100.000 h. anualmente. Sin embargo, estas rúbricas son muy poco específicas y su declaración no resulta útil para la adopción de medidas preventivas, por lo que a partir de 1997 ya no figuran entre el listado de EDO, incorporando sin embargo como EDO la Legionelosis. Gripe y Tuberculosis se comentan en este documento con posterioridad.

## Enfermedad Meningocócica y Otras Meningitis

La enfermedad meningocócica en España se ha caracterizado por presentar un patrón con ciclos epidémicos multianuales, en los cuales se observa una reducción progresiva de los periodos interepidémicos. El último ciclo epidémico tuvo su acmé en 1979, iniciándose un declive progresivo a partir de 1980 hasta 1994. En la Región de Murcia se observa también el acmé de la última onda epidémica en el año 79 (incidencia de 33,5 casos por 100.000 h.) y desde entonces una disminución progresiva de la incidencia anual de enfermedad meningocócica con algunas oscilaciones (1983) hasta alcanzar un mínimo en 1994 (2,2 casos por 100.000 h.). En 1995 la incidencia subió a 3,2 y en 1996 a 4,1 casos por 100.000 hab., volviéndose a registrar un aumento en 1997 con los datos disponibles, correspondientes a los cinco primeros meses de este año (Gráfica 5.1).

**GRÁFICA 5.1. Enfermedad meningocócica y otras meningitis. Región de Murcia 1982-1996. Tasas por 100.000 habitantes**



Nota: Inicio notificación Otras Meningitis en 1986

Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Es importante señalar que a partir de 1992 se ha detectado en España un aumento constante del serogrupo C entre las cepas de *N. Meningitidis* serogrupadas, especialmente en algunas regiones, aunque el serogrupo de meningococo más frecuente para el conjunto de España hasta 1995 seguía siendo el B, como venía ocurriendo hasta entonces. En 1997 la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha establecido un sistema de vigilancia especial de esta enfermedad comprobándose que, durante este año, entre los casos notificados hasta la semana 23, el serogrupo C supone un 66,6% del total de casos confirmados en España, porcentaje idéntico al observado en la Región de Murcia en este mismo periodo de 1997. Esta variación en el serogrupo de meningococo más frecuente, que ha pasado a ser el C en lugar del B, es de enorme importancia para establecer las pautas de prevención de la enfermedad meningocócica ya que en España se dispone de vacuna frente a las cepas del serogrupo C y no frente a las del serogrupo B. Teniendo en cuenta la evolución de la incidencia de la enfermedad globalmente y por grupos de edad, la información sobre el serogrupo de las cepas de meningococo circulantes y la letalidad, se deberán establecer las intervenciones más eficaces para la prevención de esta enfermedad en cada momento.

Las meningitis no meningocócicas también son de declaración obligatoria en la Región de Murcia desde 1986 englobadas en la rúbrica Otras meningitis. La evolución de la incidencia anual puede también observarse en la Gráfica 5.1. El aumento de incidencia observado en 1992-93, así como el aumento de la incidencia en 1996, corresponden a brotes epidémicos de meningitis no bacteriana ocurridos en invierno y atribuibles a enterovirus ECHO en ambas temporadas.

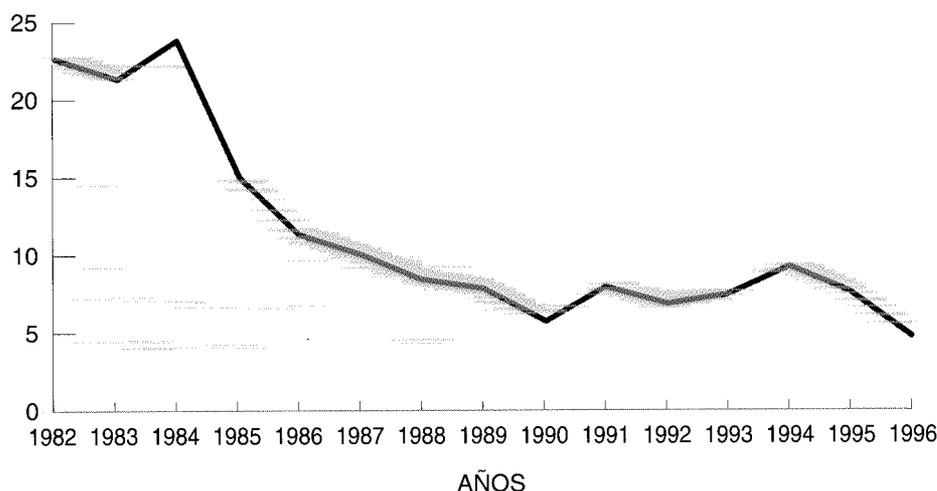
## Zoonosis

La brucelosis es la antropozoonosis de mayor importancia por su magnitud en la Región de Murcia. Su incidencia disminuyó de forma continua entre 1982 y 1990, situándose en ese año en 5.6 casos por cada 100.00 habitantes. Sin embargo, en 1991 la incidencia volvió a aumentar registrándose anualmente entre 6.7 y 9.1 casos nuevos de enfermedad por cada 100.000 habitantes (más de 70 casos cada año) hasta 1996, año en el que se han registrado 50 casos (tasa de 4,6 por 100.000 hab.) (Gráfica 5.2).

El resto de zoonosis presentan una incidencia mucho menor, aunque se siguen registrando algunos casos anualmente. La incidencia de fiebre exantemática mediterránea ha ido disminuyendo en los últimos años, registrándose 5 casos en la Región en 1995 (tasa de 0,5 por 100.000 h.) la tasa más baja desde 1983. En 1996 la incidencia ha aumentado algo al registrarse 14 casos en el año.

El número de casos de hidatidosis, carbunco y leishmaniasis que se declaran en la Región oscila entre 0 y 4 casos anuales desde hace varios años.

**GRÁFICA 5.2. Incidencia de brucelosis en la Región de Murcia 1982-1996. Tasas por 100.000 habitantes**



Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

## Enfermedades de Transmisión Sexual

Durante 1996 disminuyeron respecto al año anterior tanto la incidencia de sífilis como de infección gonocócica, mientras que la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual aumentó en un 34%. Cabe destacar que en la Región de Murcia en los últimos años se registra una incidencia de sífilis e infección gonocócica muy similar, mientras que para el conjunto de España la incidencia de infección gonocócica suele ser cinco veces superior a la de sífilis. Es necesario tener en cuenta al valorar estos datos que se considera que existe una subnotificación importante de estas enfermedades, por lo que la notificación como EDO no ofrece garantías para una adecuada vigilancia epidemiológica.

Hepatitis y Sida se comentan más adelante en este capítulo.

## Otras Enfermedades

La tasa de varicela se han mantenido cercana a los 800 casos por 100.000 habitantes excepto en 1994 que fue de 1.283 por 100.000 h., algo superior al obtenido en el conjunto del Estado. La incidencia de escarlatina se ha mantenido en torno a 10 casos por 100.000 h. desde 1993, tanto en la Región de Murcia como en España, mientras que se registró un aumento en 1996. Casi todos los años se registra en la Región algún caso de paludismo importado de otros países donde esta enfermedad es endémica.

## 5.1. VACUNACIONES. ENFERMEDADES INCLUIDAS EN CALENDARIO VACUNAL

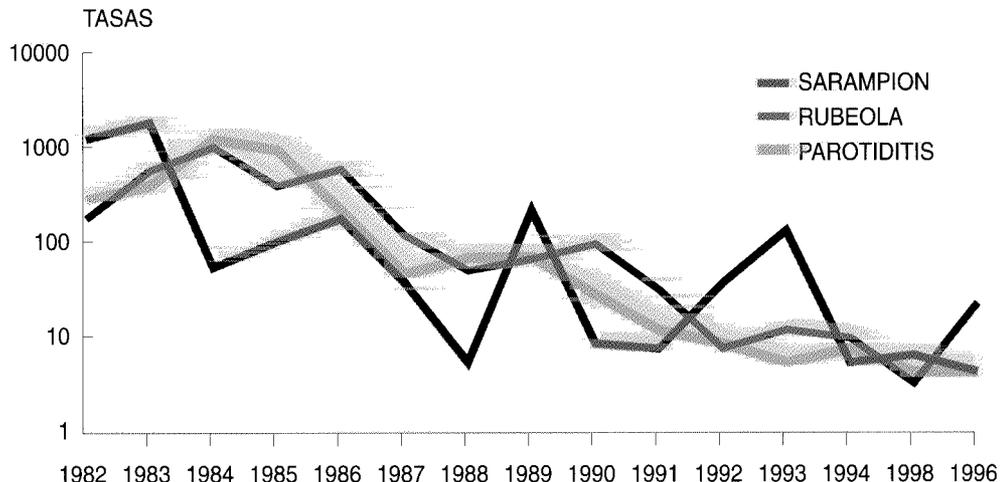
Se excluye en este apartado la hepatitis B, por comentarse la información sobre hepatitis en otro punto de este capítulo.

En el periodo 1982-1996 se aprecia una notable disminución de la incidencia de sarampión, rubeola y parotiditis (Gráfica 5.3), coincidiendo con la inclusión de la vacunación triple vírica en el calendario vacunal a principios de la década de los ochenta, aunque se siguen registrando brotes importantes en los años epidémicos, especialmente de sarampión. Cabe destacar que en la última epidemia regional de sarampión (octubre 1992/mayo 1993) el 51% de los casos tenían 10 años o más de edad.

Con respecto a rubeola, en 1996 se registró un aumento de incidencia, siendo el 77% de los casos registrados varones y 94% de los casos tenían 10 años o más de edad.

La incidencia registrada en la Región de Murcia en el último quinquenio para estas tres enfermedades es bastante inferior a la incidencia media registrada en España.

**GRÁFICA 5.3. Incidencia de sarampión, rubeola y parotiditis en la Región de Murcia 1982-1996. Tasas por 100.000 habitantes**



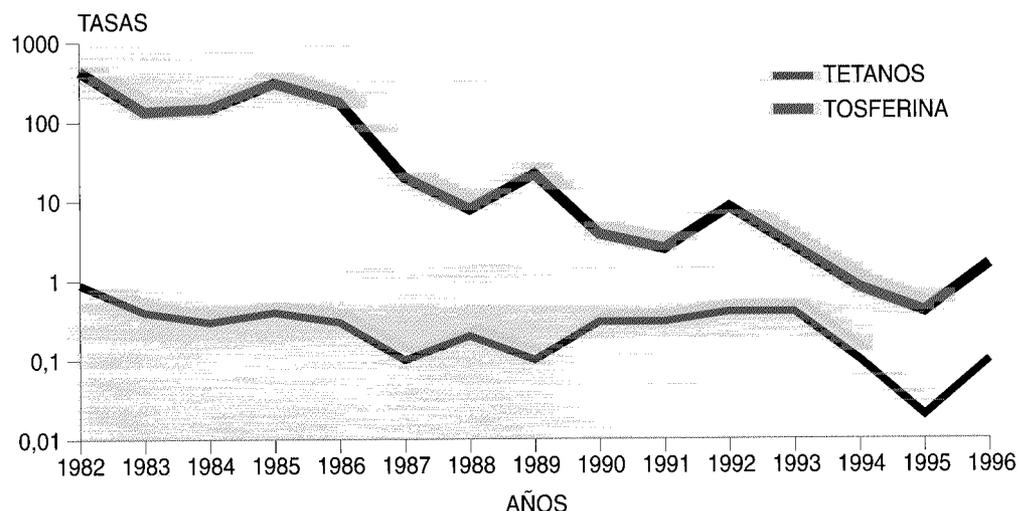
**Fuente:** Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

La evolución de la incidencia de tosferina en este periodo es claramente descendente (Gráfica 5.4), registrándose igualmente en la Región una incidencia bastante inferior a la incidencia media en España.

En tétanos, la incidencia ha permanecido estable de 1983 a 1993, registrándose de 1 a 4 casos anualmente, y se han declarado 0 a 1 casos anuales de 1994 a 1996 (Gráfica 5.4).

Entre 1982 y 1996 no se ha declarado ningún caso de difteria ni de poliomielitis en la Región de Murcia. En España, los últimos casos de difteria se declararon en 1986 y de poliomielitis en 1989.

**GRÁFICA 5.4. Incidencia de difteria, tétanos y tosferina en la Región de Murcia 1982-1996. Tasas por 100.000 habitantes**



Nota: no se han registrado casos de difteria en este periodo  
 Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Finalmente, el número de casos declarados de gripe en 1996 fue un 31% superior a la mediana del quinquenio previo. 1994 fue el año en el que se registró la incidencia más baja de la década tanto en la Región como en España. En la Región de Murcia, en la temporada 95-96 la máxima incidencia se registró en enero de 1996. Igualmente la cobertura vacunal antigripal en población mayor de 65 años es satisfactoria (Tabla 5.3).

**TABLA 5.3. Cobertura vacunal antigripal 1995-96**

	Nº TOTAL DOSIS NOTIFICADAS	Nº DOSIS ADMINISTRADAS EN > 65 AÑOS	PORCENTAJE-65 AÑOS VACUNADOS	Nº DOSIS ADMINISTRADAS A OTROS GRUPOS DE RIESGO
Área 1	41.409	28.038	60	10.216
Área 2	32.779	21.335	74	9.945
Área 3	15.514	9.692	59	5.358
Área 4	10.219	7.139	77	2.428
Área 5	6.677	4.235	75	1.719
Área 6	21.173	12.384	74	5.357
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>127.771</b>	<b>82.823</b>	<b>67</b>	<b>35.023</b>

Fuente: Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud

Respecto a las coberturas vacunales en población infantil, pueden considerarse como muy aceptables (Tabla 5.4). La cobertura vacunal antitetánica en población adulta no es excesivamente elevada, aunque existen dificultades evidentes en los sistemas de registro y en la correcta aplicación de la pauta vacunal homologada (Tabla 5.5).

TABLA 5.4. Cobertura vacunal nominal en niños nacidos en 1994-1995

AÑO	1ª DTP	2ª DTP	3ª DTP	1ª POL	2ª POL	3ª POL	TV	4ª DTP +4ª POT	6 AÑOS (T.V.A)	11 Años	14 Años
1994	96,8	94,9	92,6	97,6	96,1	94,6	91,7	84,9	102,2*	85,2*	89,2*
1995	97,1	94,6	86,9	97,3	95,1	88,5			96,9*	95*	92,2*

\* Cobertura Numérica

Fuente: Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud.

TABLA 5.5. Cobertura antitetánica de adultos 1996

ÁREAS DE SALUD	COBERTURA
Área 1	30,26
Área 2	32,57
Área 3	20,40
Área 4	44,18
Área 5	29,17
Área 6	37,74
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>31,08</b>

Fuente: Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud.

Por otra parte, es necesario reseñar que en el mes de enero de 1997, se ha procedido a un cambio en el calendario vacunal, en sintonía con las recomendaciones de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud, que básicamente se caracteriza por:

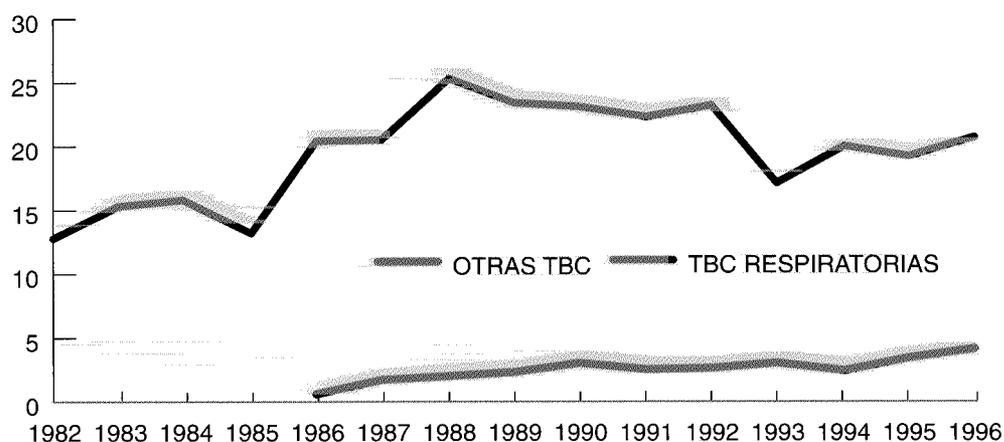
- incluir la DTP a los 18 meses
- incluir la DT a los 6 años
- incluir la Td a los 14 años con recuerdos cada diez años
- suprimir la dosis de vacuna antipoliomielítica de los 14 años

## 5.2. TUBERCULOSIS

La incidencia anual de nuevos casos de tuberculosis en España oscila alrededor de 22-25 casos por 100.000 habitantes en los últimos años, aunque en 1996 se han registrado 16. Sin embargo, los datos obtenidos por el Área de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias de la Sociedad Española de Patología Respiratoria (SEPAR) señalan una incidencia media de 40/100.000, lo que constituye una de las tasas más altas de Europa, unas 4 a 8 veces superior a la que presentan los países desarrollados. Por este motivo, y para conocer mejor las características clínicas y epidemiológicas de la tuberculosis, se ha puesto en marcha a nivel estatal un Proyecto Multicéntrico de Investigación de la Tuberculosis (PMIT) en el que participa la Región de Murcia y cuyos resultados se espera que estén disponibles a finales de 1997. Al analizar la incidencia de tuberculosis hay que recordar que, como en otras enfermedades diagnosticadas en un elevado porcentaje en hospitales, y cuya notificación obligatoria no es urgente, la incidencia observada mediante el SISEDO se considera infraestimada por la subnotificación de algunos hospitales.

La Región de Murcia, presenta una tasa de Tbc respiratoria estabilizada en los últimos años en torno a 20 casos por 100.000 habitantes. Igualmente, los indicadores epidemiológicos respecto a la situación de la infección tuberculosa en la Región muestran una estabilización de la prevalencia de infección a los 6 años de edad por debajo de 0,5%, y un riesgo anual de infección de 0,05% en los últimos años, inferior a los índices estimados en el conjunto del estado español (0,95% y 0,1% respectivamente). (Gráfica 5.5 y Tabla 5.6).

**GRÁFICA 5.5. Tuberculosis respiratorias y otras Tbc. Región de Murcia 1982-1996. Tasas por 100.000 habitantes**



Nota: inicio notificación Otras Tec en 1986

Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de salud.

**TABLA 5.6. Tuberculosis respiratoria. Evolución anual del número de casos y tasa por 100.000 hab. Región de Murcia y España 1982-1996**

AÑOS	MURCIA		ESPAÑA	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA
1982	124	12,8	7.961	21,0
1983	150	15,3	8.987	23,6
1984	157	15,8	10.078	26,3
1985	132	13,2	10.749	27,9
1986	207	20,4	13.775	35,6
1987	211	20,5	9.468	24,5
1988	265	25,3	8.497	21,9
1989	242	23,4	8.058	20,7
1990	242	23,1	7.600	19,5
1991	236	22,3	9.007	23,1
1992	244	23,2	9.703	24,8
1993	182	17,1	9.441	24,1
1994	214	20,0	9.419	24,0
1995	207	19,2	8.764	22,3
1996	225	20,7	6.305	16,1

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

En los tres últimos años se han registrado diversos brotes de tuberculosis respiratoria: en 1996 se registraron 5 brotes familiares, en 1995 se registraron 13 brotes, nueve brotes familiares y cuatro brotes en diferentes institutos de tres municipios de la Región (Fortuna, Abarán y Alcantarilla) con 2, 5, 4 y 19 afectados respectivamente, y en 1994 se registraron 7 brotes, 5 brotes familiares y 2 brotes en dos municipios con 4 y 37 afectados respectivamente.

La distribución por edad y sexo de los casos de tuberculosis respiratoria y otras tuberculosis correspondientes al año 1996 aparecen en las Tablas 5.7 y 5.8.

**TABLA 5.7. Tuberculosis respiratoria. Distribución por edad y sexo 1996**

	VARONES	MUJERES	TOTAL	%
< 10 años	9	11	20	9,0
10-19	12	10	22	9,9
20-29	28	15	43	19,3
30-39	36	8	44	19,7
40-49	18	3	21	9,4
50-59	22	2	24	10,8
60-69	13	9	22	9,8
70 y más	25	2	27	12,1
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>163</b>	<b>60</b>	<b>223*</b>	<b>100,0</b>

N.º de casos notificados: 225. Incidencia por 100.000 Hab.: 20,7

Se desconoce la edad de 2 de los 225 casos notificados.

**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

**TABLA 5.8. Otras Tbc. Distribución por edad y sexo 1996**

	VARONES	MUJERES	TOTAL	%
< 10 años	1	3	4	8,9
10-19	2	1	3	6,7
20-29	2	3	5	11,1
30-39	14	1	15	33,3
40-49	5	1	6	13,3
50-59	1	0	1	2,2
60-69	2	3	5	11,1
70 y más	3	3	6	13,3
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>30</b>	<b>15</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Incidencia por 100.000 Hab.: 4,1.

**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Por otra parte, el impacto epidemiológico de la coinfección TBC/VIH, de la que España muestra la más alta proporción de Europa, la amenaza creciente de aparición de cepas de bacilos resistentes a fármacos, y la evolución a brotes algunas veces de gran magnitud en los colectivos menos sensibilizados, obligan a mantener la alerta en las actividades de control y prevención de esta enfermedad, y debe evitarse la errónea idea de que la tuberculosis es una enfermedad del pasado o que se encuentra erradicada.

### 5.3. SIDA

Los casos de SIDA registrados en el Registro de SIDA son aquellos notificados desde los servicios sanitarios asistenciales que se ajustan a la definición de caso de SIDA para la vigilancia epidemiológica realizada en 1993 por the European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, y que supuso una ampliación de la definición empleada hasta 1994 (CDC 1987 / OMS 1988).

La información de la Región procede del Registro Regional de casos de SIDA (Servicio de Epidemiología-Consejería de Sanidad y Política Social) y la información estatal del Registro Nacional de SIDA (Centro Nacional de Epidemiología).

En la Región de Murcia los casos acumulados de SIDA registrados desde el inicio de la epidemia hasta el 31 de Marzo de 1997 son 713, que constituyen el 1,6% de los casos acumulados de SIDA registrados en España desde 1981 hasta el 31/3/97 (45.132). De estos 713 casos en la Región, 414 (58,1%) constan como fallecidos.

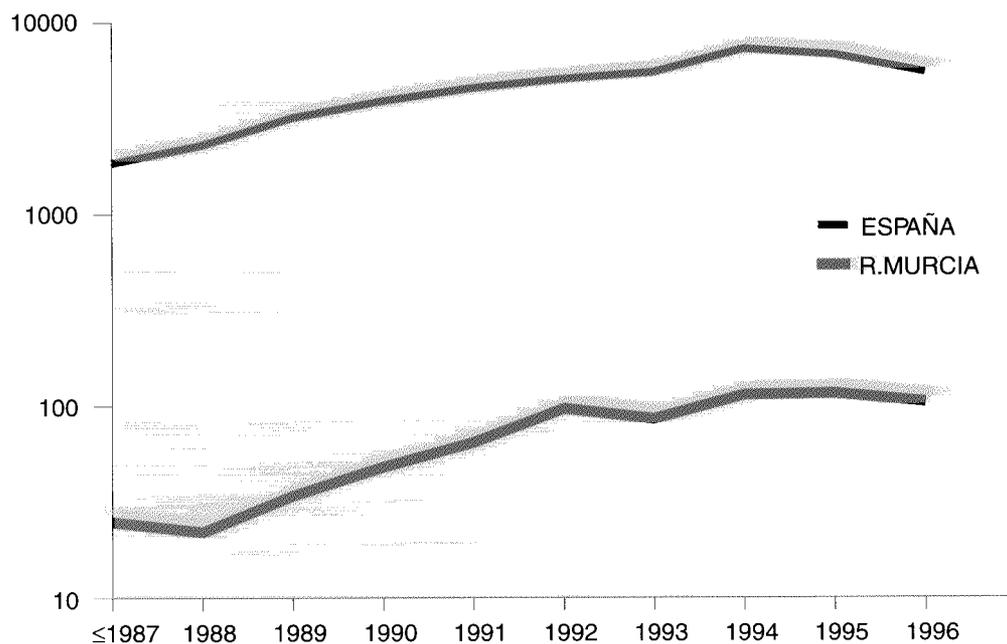
La incidencia anual de SIDA en España en 1994 y 1995 se estima en torno a los 17 casos nuevos por 100.000 habitantes. En los últimos años todas las Comunidades Autónomas han alcanzado tasas superiores a 5 casos por cada 100.000 habitantes, aunque se observan grandes diferencias geográficas en la incidencia. En Madrid, Baleares, País Vasco, Cataluña y Ceuta se diagnosticaron durante 1995 más de 20 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. En la Región de Murcia la incidencia anual de SIDA registrada en 1995 es de 10,6 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Es conveniente aclarar que el número de casos diagnosticados en 1996 será mayor que el descrito, debido al retraso que se produce desde el diagnóstico hasta que la notificación es recibida en el Registro de SIDA. Los casos diagnosticados en 1997 registrados hasta la fecha (3 en la Región de Murcia y 474 en España) tampoco se incluyen, dado que no son comparables al resto por ser el año en curso.

Según el Registro Nacional de SIDA, al corregir el retraso en las notificaciones se observa que la incidencia anual en España presentó una tendencia creciente hasta 1993. Sobre esta tendencia, en 1994 se produjo un brusco aumento debido a la ampliación de la definición de caso de SIDA y desde entonces la incidencia continúa estabilizada o en ligero descenso. En la Región de Murcia, teniendo en cuenta esta corrección por el retraso en la notificación, la incidencia anual desde 1994 hasta 1996 parece estabilizada (Gráfica 5.6).

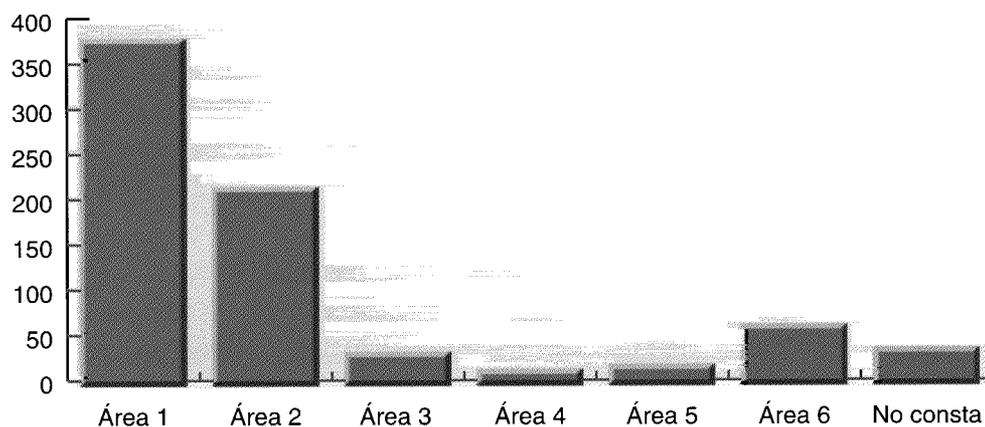
La distribución por Áreas de Salud de los casos acumulados de SIDA registrados en la Región, según residencia habitual al comienzo de la enfermedad, se muestra en la Gráfica 5.7. El 82% de los casos corresponden a residentes en las Áreas 1 (Murcia) y 2 (Cartagena).

**GRÁFICA 5.6. Nº de casos de Sida por año de diagnóstico. Región de Murcia y España. Periodo 1981-1996**



No consta el año de diagnóstico en 221 de los casos registrados en España.  
**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

**GRÁFICA 5.7. Distribución de casos de Sida por Área de Salud. Región de Murcia. Periodo 1984 - 31/3/97**

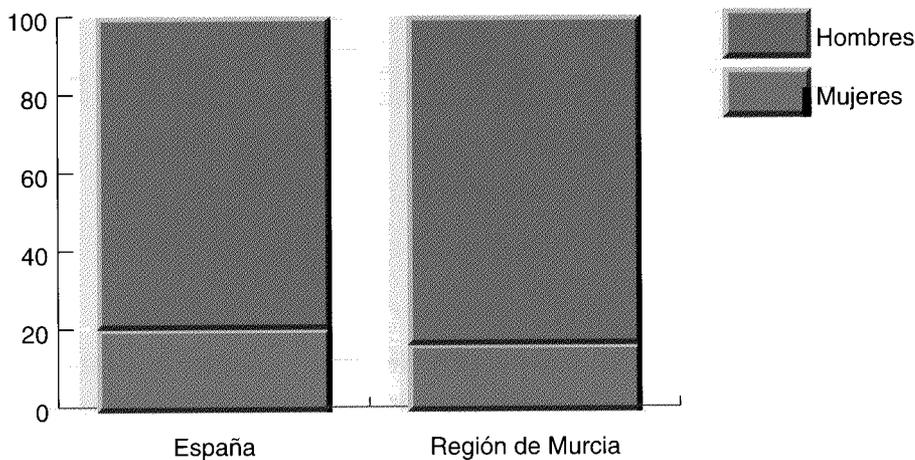


Casos por Área de Salud según residencia habitual al comienzo de la enfermedad  
**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

En la distribución por sexo de los casos acumulados de SIDA, la razón hombre/mujer es de 5,7 hombres por mujer en la Región, siendo esta razón de 4,3 a nivel estatal (Gráfica 5.8).

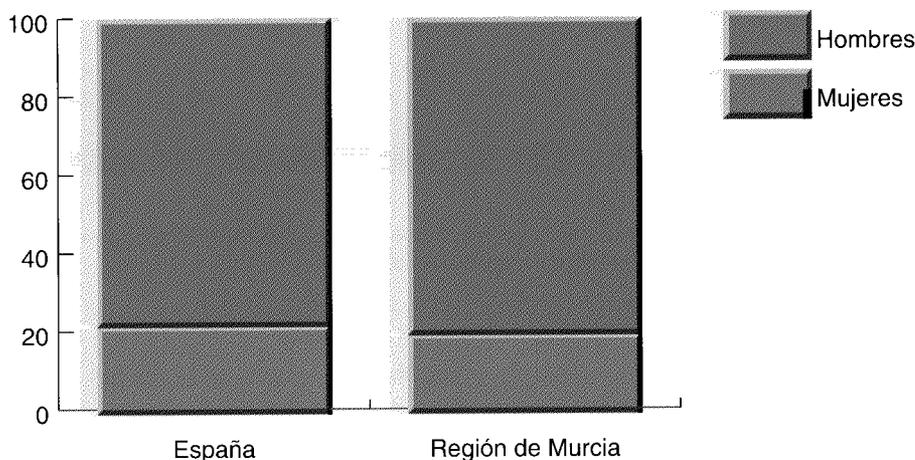
En el análisis de la distribución por sexo de los casos nuevos diagnosticados a partir de enero de 1994 (1994-31/3/97) se constata que la razón hombre/mujer es similar en la Región de Murcia (4,6) y en España (4,0) (Gráfica 5.9).

**GRÁFICA 5.8. Distribución porcentual de los casos de Sida según sexo. Región de Murcia y España 1981-31/3/1997**



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

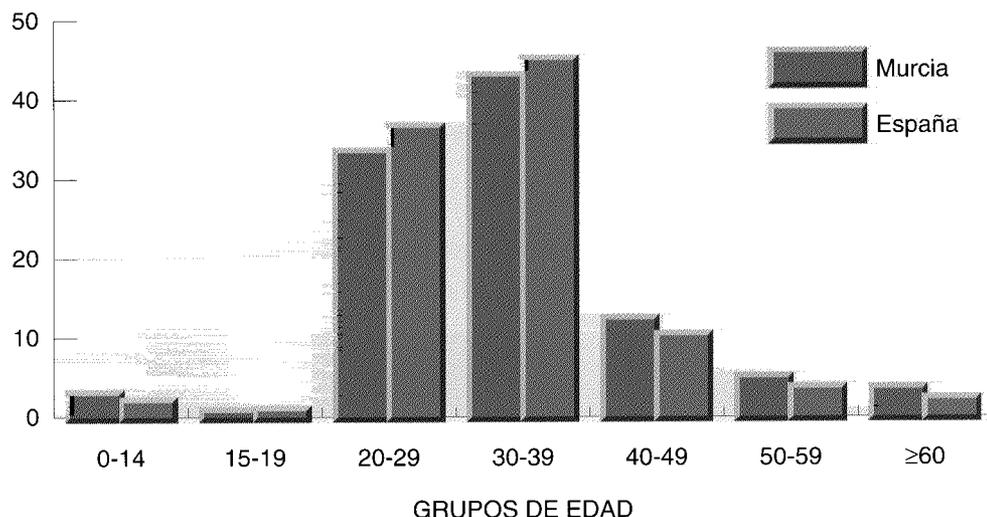
**GRÁFICA 5.9. Distribución porcentual de los casos de Sida según sexo. Región de Murcia y España 1994-31/3/1997**



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Según la edad en el momento del diagnóstico de la primera enfermedad indicativa, la mayor parte de los casos acumulados tienen entre 20 y 39 años (76% en la Región de Murcia y 81,4% en España), aunque el porcentaje de casos de 40 años o más es algo mayor en la Región (20,3% vs 15,9%) (Gráfica 5.10 y Tabla 5.9).

**GRÁFICA 5.10. Distribución porcentual de casos de Sida según edad a la fecha de diagnóstico. Región de Murcia y España 1981-31/3/97**



Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

**TABLA 5.9. Número de casos acumulados de Sida, por edad a la fecha del diagnóstico según sexo, en la Región de Murcia (31/3/97). Distribución porcentual por grupos de edad en Región Murcia y en España**

GRUPOS EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	% R.MURCIA ESPAÑA		
	Nº	(%)	Nº	(%)		%	%	
0-4	8	(7)	6	(1)	14	(8)	2,0	1,4
5-9	4	(4)	1	(1)	5	(5)	0,7	0,3
0-14	1	(-)	-	(-)	1	(-)	0,1	0,2
15-19	4	(4)	-	(-)	4	(4)	0,6	0,8
20-29	184	(114)	53	(27)	237	(141)	33,3	36,5
30-39	267	(134)	38	(23)	305	(157)	42,9	45,0
40-49	81	(50)	6	(4)	87	(54)	12,2	10,2
50-59	33	(23)	1	(1)	34	(24)	4,8	3,5
=>60	23	(19)	1	(1)	24	(20)	3,4	2,1
Descon.	2	(1)	-	(-)	2	(1)	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>607</b>	<b>(356)</b>	<b>106</b>	<b>(58)</b>	<b>713</b>	<b>(414)</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

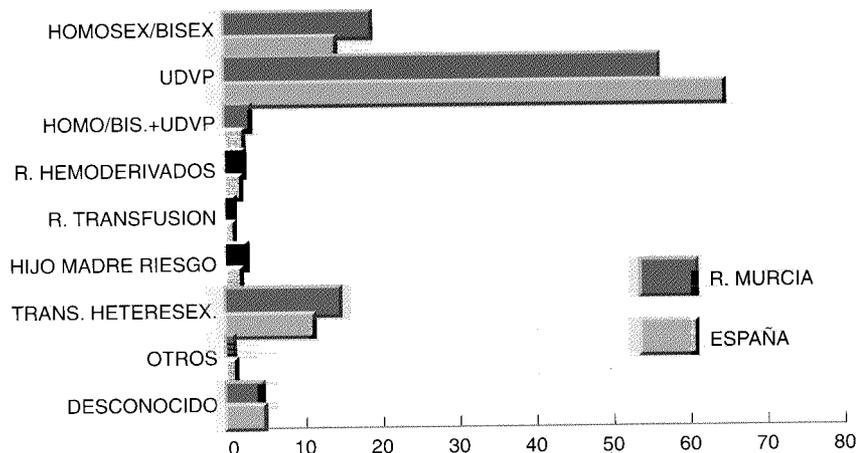
(\*) Defunciones registradas

Se desconoce la edad de 246 casos en España (2 en la R.Murcia). Estos casos no se contabilizan en la distribución porcentual.

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Según categoría de transmisión, el mayor porcentaje de casos acumulados en la Región corresponde a usuarios de drogas por vía parenteral-UDVP (55,8%), en segundo lugar aparecen los casos en varones atribuidos a transmisión homo/bisexual (18,1%) y en tercer lugar los casos atribuidos a transmisión heterosexual (14,2%). En España se observa una distribución parecida, pero con mayor peso relativo de los casos en UDVP (64,6%) (Gráfica 5.11 y Tablas 5.10 y 5.11).

**GRÁFICA 5.11. Distribución porcentual de casos de Sida según categoría de transmisión. Región de Murcia y España 1981 - 31/3/97**



Fuente: Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

**TABLA 5.10. Número de casos acumulados de Sida. Distribución porcentual según categoría de transmisión en la Región de Murcia y España a 31/3/97**

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	NºCASOS	% R. MURCIA	% ESPAÑA
Homosexual/Bisexual	129	18,1	14,0
Usuarios drogas vía par. (UDVP)	398	55,8	64,6
Homosex/Bisex + UDVP	19	2,7	1,7
Receptores hemoderivados	13	1,8	1,6
Receptores transfusiones	5	0,7	0,7
Hijos de madre de riesgo	15	2,1	1,6
Heterosexual	101	14,2	11,0
Otros	4	0,6	0,5
Desconocido	29	4,1	4,4
<b>TOTAL</b>	<b>713</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

**TABLA 5.11. Número de casos acumulados de Sida por edad a la fecha del diagnóstico, según categoría de transmisión y sexo, en la Región de Murcia a 31/3/97**

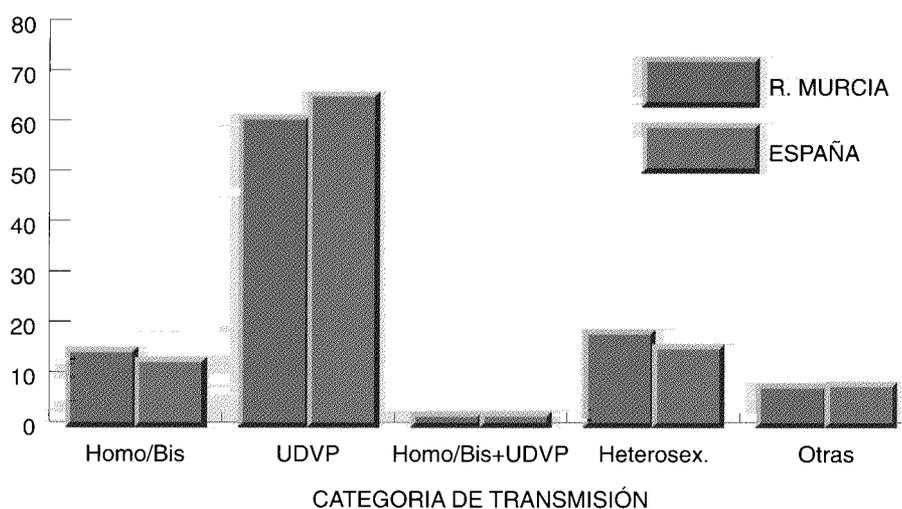
EDAD	HOMO		UDVP		HOMO + UDVP		R. HEMOD.		R. TRANS		HMR		TRA HET		OTROS		DESCON	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
0-4											8	6						
5-9							4											1
10-14										1								
15-19			2				2											
20-29	15		146	40	7		4			1			9	9	1	1	2	2
30-39	49		171	21	10		1						29	16			7	1
40-49	39		16	1			1		1				18	4			6	
50-59	16				1								12	1	1		3	
=>60	10				1		1		2				2	1			7	
Descon			1														1	
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>336</b>	<b>62</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>3</b>			

Leyenda: H = Hombre. M = Mujer. HOMO = Homosexual/Bisexual. UDVP = Usuarios drogas vía par. R HEMOD = Receptores hemoderivados. R TRANS = Receptores transfusiones. HMR = Hijos de madre de riesgo. TRA HET = Heterosexual.

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

En el análisis de la distribución anual, la transmisión heterosexual supera el 10% del total desde 1993, pasando a ser en 1994 la segunda categoría en importancia. En la Gráfica 5.12 se muestra la distribución porcentual según categoría de transmisión para los casos nuevos diagnosticados a partir de 1994 (1994-31/3/97). La transmisión heterosexual se registra en segundo lugar en frecuencia, tanto en la Región de Murcia como en España.

**GRÁFICA 5.12. Distribución porcentual de casos de Sida según categoría de transmisión. Región de Murcia y España 1994-31/3/97**



**Fuente:** Sección Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

En las Tablas 5.12 y 5.13 se presentan los casos de SIDA agrupados según año de diagnóstico, sexo y categoría de transmisión.

**TABLA 5.12. Número de casos de Sida y defunciones registradas según año de diagnóstico en la Región de Murcia a 31/3/97**

ANO DE DIAGNÓSTICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL CASOS	DEFUNCIONES (**)
1984	1	-	1	1
1985	2	1	3	3
1986	3	-	3	3
1987	16	2	18	16
1988	19	3	22	19
1989	30	4	34	30
1990	43	5	48	41
1991	56	8	64	49
1992	87	9	96	71
1993	72	13	85	57
1994	88	25	113	57
1995	98	17	115	45
1996(*)	86	18	104	20
1997(*)	3	-	3	1
Descon.	3	1	4	1
<b>TOTAL</b>	<b>607</b>	<b>106</b>	<b>713</b>	<b>414</b>

(\*) Dado el retraso en la notificación y confirmación de los casos registrables, los datos de 1996 son aún provisionales, y el número real será mayor que el presentado. La información de 1997 no es comparable al resto por ser el año en curso.

(\*\*) Las defunciones corresponden a los casos registrados según año de diagnóstico, independientemente de la fecha de fallecimiento.

**Fuente:** Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

**TABLA 5.13. Número de casos de Sida por año de diagnóstico según categoría de transmisión en la Región de Murcia a 31/3/97**

ANO DE DIAGNOSTICO	HOMO	UDVP	HOMO+ UDVP	R. HEMOD.	R. TRANS	HMR	TRA HET	OTROS	DESCON	TOTAL
1984				1						1
1985	1			1			1			3
1986	1			2						3
1987	5	8		3		1	1			18
1988	6	10	1	2			3			22
1989	8	14	2	2			4	1	3	34
1990	15	20	1	-		2	7		3	48
1991	12	36	5	2	2		6		1	64
1992	20	55	4		1	2	6		8	96
1993	14	49	2		1	1	14	1	3	85
1994	17	69	1			7	15	2	2	113
1995	15	71	2			2	19		6	115
1996(*)	15	60	2				25		2	104
1997(*)		2							1	3
Descon		4								4
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>394</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>101</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>713</b>

(\*) Dado el retraso en la notificación y confirmación de los casos registrables, los datos de 1996 son aún provisionales, y el número real será mayor que el presentado. La información de 1997 no es comparable al resto por ser el año en curso.

Leyenda: HOMO = Homosexual/Bisexual. UDVP = Usuarios drogas vía par. R HEMOD = Receptores hemoderivados. R TRANS = Receptores transfusiones. HMR = Hijos de madre de riesgo. TRA HET = Heterosexual.

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

En la tabla 5.14 se muestra, para los casos en adultos y adolescentes registrados con diagnóstico en 1996, la frecuencia de presentación de todas las enfermedades indicativas de SIDA que se reflejan en los protocolos en el momento de la notificación, independientemente de que una persona presente más de una enfermedad. Sin embargo, no se contabilizan las enfermedades que se presentan posteriormente en la evolución de los pacientes, por la dificultad en el seguimiento de los casos.

Las cinco enfermedades indicativas notificadas durante 1996 en un mayor porcentaje de casos en la Región de Murcia y en España, son las siguientes por orden de frecuencia:

- R. Murcia: neumonía por *Pneumocistis carinii*, tuberculosis diseminada o extrapulmonar, toxoplasmosis cerebral, candidiasis esofágica, y tuberculosis pulmonar
- España: tuberculosis diseminada o extrapulmonar, neumonía por *Pneumocistis carinii*, tuberculosis pulmonar, candidiasis esofágica y síndrome caquético por VIH.

**TABLA 5.14. Enfermedades indicativas de Sida notificadas en los casos diagnosticados en 1996 (\*) en la Región de Murcia y España**

ENFERMEDAD INDICATIVA DE SIDA (*)	R. MURCIA		ESPAÑA	
	Nº	% CASOS	Nº	% CASOS
- Candidiasis esofágica	14	13,5	733	13,9
- Candidiasis traq., bronq. o pulmonar	-	-	12	0,2
- Coccidiomicosis diseminada	-	-	-	-
- Criptococosis extrapulmonar	2	1,9	97	1,8
- Herpes simple mucocutáneo crónico (> 1 mes)	-	-	66	1,3
- Herpes simple bronq. pulm.o esofágico de cualquier duración (> 1 mes)	1	1,0	17	0,3
- Criptosporidiasis con diarrea (> 1 mes)	-	-	-	-
- Histoplasmosis diseminada	-	-	1	0,0
- Isosporiasis con diarrea (> 1 mes)	-	-	-	-
- Enfermedad por citomegalovirus (edad > 1 mes)	1	1,0	144	2,7
- Retinitis por CMV (con pérdida visión)	6	5,8	98	1,9
- Neumonía por Pneumocistis Carinii	24	23,1	989	18,8
- Toxoplasmosis cerebral (edad > 1 mes)	15	14,4	360	6,8
- Leucoencefalop. multifocal progresiva	3	2,9	168	3,2
- Complejo micobacterium avium o kansasii (pulmón, piel, ganglios c.h.)	2	1,9	115	2,2
- Mycobacterium tuberculosis diseminada o extrapulmonar	16	15,4	1016	19,3
- Mycobacterium de otras especies o especies no identificadas	-	-	71	1,3
- Septicemia recurrente por Salmonella (S.typhi)	-	-	27	0,5
- Sarcoma de Kaposi	5	4,8	203	3,9
- Linfoma primario de cerebro	-	-	12	0,2
- Linfoma no Hodgkin	-	-	118	2,2
- Encefalopatía por VIH	4	3,9	196	3,7
- Síndrome caquéctico por VIH	8	7,7	524	10,0
- Tuberculosis pulmonar (edad>12 años)	10	9,6	982	18,7
- Neumonía bacteriana recurrente	3	2,9	281	5,3
- Cáncer invasivo de cuello uterino	-	-	38	0,7

(\*) La suma de % excede 100% porque un mismo caso puede presentar más de una enfermedad indicativa en la notificación.

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

## 5.4. HEPATITIS VIRAL

Hasta la fecha, la notificación de hepatitis vírica como enfermedad de declaración obligatoria no se ha realizado separadamente según tipo de hepatitis, sino a partir de una sola rúbrica que las englobaba a todas, por lo que las notificaciones han servido fundamentalmente para identificar brotes de hepatitis A, a partir de las declaraciones de los médicos de Atención Primaria.

Sin embargo, teniendo en cuenta la falta de especificidad de la rúbrica y la infranotificación de las hepatitis, especialmente de aquellas diagnosticadas en hospitales o asistencia especializada, el análisis de las notificaciones de hepatitis vírica como enfermedad de declaración obligatoria no permite conocer la incidencia de enfermedad debida a los diferentes tipos del virus de la hepatitis. A partir de 1997, en las EDO se incluyen tres rúbricas separadas para la notificación de hepatitis viral (hepatitis A, hepatitis B y otras hepatitis víricas).

No obstante, sí se dispone de información sobre la seroprevalencia de marcadores de hepatitis viral en la población adulta de la Región de Murcia (Tabla 5.15), debido a la realización de un estudio seroepidemiológico transversal para estimar la prevalencia de estos marcadores en una muestra de la población general de la Región entre 18 y 65 años de edad. La muestra se obtuvo por muestreo aleatorio polietápico, teniendo en cuenta la distribución poblacional por Área de Salud, sexo, edad y tipo de residencia (localidad de residencia mayor o menor de 10.000 habitantes). Las extracciones fueron realizadas durante 1992 y 1993 y el número total de individuos incluidos en este estudio fue de 2.203 personas.

**TABLA 5.15. Seroprevalencia de marcadores de hepatitis viral en la población adulta de la Región de Murcia 1992-1993**

VIRUS	MARCADORES	PREVALENCIA(%)	IC 95%
Hepatitis A	anti-VHA	76,5	74,5-78,5
Hepatitis B	anti-HBc	10,2	8,6-11,8
Hepatitis B	Ag HBs	0,9	0,7-1,2
Hepatitis C	anti-VHC (a)	1,0	0,8-1,4

(a) Positivos por ELISA-3 Y RIBA-3

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Respecto a la incidencia de la enfermedad, la tasa de hepatitis víricas durante los últimos años como EDO se presentan en la Tabla 5.16. Los brotes epidémicos de hepatitis A registrados en los cuatro últimos años en diversos municipios de la Región son tres en 1993, uno en 1994, tres en 1995 y cinco brotes en 1996.

**TABLA 5.16. Evolución anual del número de casos y tasa por 100.000 habitantes de hepatitis vírica en la Región de Murcia y España 1982-1996**

AÑOS	MURCIA		ESPAÑA	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA
1982	776	80,2	23.056	60,7
1983	452	46,2	30.777	80,7
1984	621	62,6	33.930	88,5
1985	876	87,3	45.048	117,1
1986	520	51,2	44.891	116,3
1987	450	43,7	32.380	83,6
1988	277	26,6	25.017	64,5
1989	276	23,3	23.051	59,3
1990	324	31,0	15.401	39,5
1991	301	28,5	16.444	42,1
1992	351	33,3	15.721	40,2
1993	223	21,0	12.642	32,3
1994	113	10,6	11.894	30,4
1995	131	12,2	8.776	22,4
1996	189	17,4	7.112	18,1

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Salud.

Por otra parte, el Consejo Interterritorial de Salud, a la vista del perfil epidemiológico de la hepatitis B en España (transmisión perinatal, sexual en adolescentes y percutánea/sexual en poblaciones de riesgo), aconsejó la vacunación de los colectivos de riesgo, de los recién nacidos de madre portadora y la universal de los preadolescentes, y si se dispone de recursos suficientes, la universal de recién nacidos.

En la Región, durante el curso escolar 1994-1995, se incluyó la vacunación universal a los 11 años de edad. Del mismo modo, se incluye la vacunación a grupos de alto riesgo y detección del antígeno de superficie a las embarazadas con posterior inmunoprofilaxis activa-pasiva en el recién nacido.

Las coberturas vacunales frente a la hepatitis B en población escolar son bastante aceptables (Tabla 5.17), al igual que las obtenidas en recién nacidos de madre portadora (Tabla 5.18), ya que dado que la prevalencia de antígeno de superficie de hepatitis B en población regional adulta es del 0,9%, se estima que cada año nacen aproximadamente 105 niños en los que puede darse una transmisión vertical del virus.

**TABLA 5.17. Cobertura numérica de hepatitis B por curso escolar 1994-96**

CURSO ESCOLAR	DOSIS VACUNAL		
	PRIMERAS	SEGUNDAS	TERCERAS
1994-95	95,0	92,9	89,8
1995-96	92,9	91,9	89,9

Fuente: Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud.

**TABLA 5.18. Recién nacidos de riesgo vacunados de hepatitis B, según Hospital de nacimiento 1995-96**

ANO	LOS ARCOS	V. DEL CAST.	C. NOROESTE	BELEN	SAN CARLOS	ROSELL	RAFAEL MENDEZ	ARRIX	TOTAL
1995	4	4	5	2	1	22	16	0	54
1996	5	4	6	0	0	12	9	59	95

**Fuente:** Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud.

## 6 DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónica con una prevalencia relativamente alta, alrededor de un 6%. Presenta graves y frecuentes complicaciones, tales como insuficiencia renal (16%), neuropatía diabética (40%), retinopatía diabética (50%), ceguera (6%), amputaciones (7%) e incrementa en dos o tres veces el riesgo de cardiopatía isquémica.

Durante 1994 se produjeron 227 defunciones por esta causa (lista reducida) que supone una tasa del 21,3 por 100 mil habitantes que la sitúa entre las 10 primeras causas de muerte en la Región. El número de APVP por esta causa durante el mencionado año fué de 298 que supone el 0,83% de total regional.

En 1994 se elaboró la Guía de "atención al paciente diabético" y, basado en la misma, se estructuró el protocolo de atención al diabético en los EAP incorporado en el programa de prevención de enfermedades cardiovasculares en Atención Primaria, editados por la Consejería de Sanidad, y distribuido entre el personal sanitario de los EAP durante 1995. La población diana son los enfermos diabéticos de la Región, aproximadamente unos 34.000.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye dos servicios relacionados con la Diabetes, el de atención al paciente diabético que, en la evaluación a 30 de septiembre de 1996, lo realizan el 100% de los EAP con más de un año de funcionamiento, y el de educación a grupos de crónicos diabéticos que lo realizan tan solo el 54% de los equipos con más de un año de funcionamiento. En el primero de ellos (atención al enfermo diabético), la cobertura regional alcanzada entre los EAP que lo realizan es del 4,3%, que por Áreas de Salud varía entre el 3,4% en Lorca y el 5,1% en Cartagena, valores muy próximos a la prevalencia esperada. Los resultados en cobertura regional del segundo servicio (educación diabetológica) es del 0,5% con una distribución equilibrada por áreas, en cualquier caso muy distante de lo deseable.

## **7 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

La Epoc es una patología cuya importancia está motivada no solo por ser el problema respiratorio crónico más frecuente sino porque, además, es causa de discapacidad y mortalidad elevadas, con un importante gasto sanitario, siendo en gran parte evitable.

Es uno de los problemas respiratorios mas frecuentes (6% de la población general y 19% de los mayores de 19 años), estando entre las cinco primeras causas de mortalidad (lista reducida) Durante el año 1994 se produjeron 444 muertes lo que supone una tasa del 41,66 por 100 mil habitantes. Los años potenciales de vida perdidos fueron 666, el 1,86% del total regional.

Es una enfermedad crónica que produce un gran consumo de servicios sanitarios: está incluida entre las 10 primeras causas de demanda asistencial en Atención Primaria; es causa de la 3ª parte de las consultas en Neumología; provoca más de 3.000 ingresos hospitalarios y unas 4.000 urgencias hospitalarias anuales; el gasto sanitario en oxigenoterapia durante 1996 fué superior a los trescientos millones de pesetas

En 1994 se puso en marcha el Programa Regional de Atención a los pacientes con Epoc en los equipos de atención primaria, que incluye actuaciones de información y educación sanitaria, de detección precoz y protocolos asistenciales. La población diana estimada es de unas 95.000 personas en grupos de riesgo (fumadores mayores de 35 años y con más de diez años de consumo de tabaco) y unos 52.000 enfermos. A finales de 1996, el 86% de los equipos de atención primaria con mas de un año de funcionamiento tienen acreditado servicio de atención al enfermo de Epoc. La cobertura regional en 1996 expresada como porcentaje de enfermos de Epoc en programa sobre la población de 15 a 64 años de los equipos con programa es de 1,1, que por Área de Salud varía entre el 0,1 del Altiplano y el 1,4% en la Vega Media, como puede apreciarse aún distante del 6% de la prevalencia estimada.

## 8 ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y METABÓLICAS

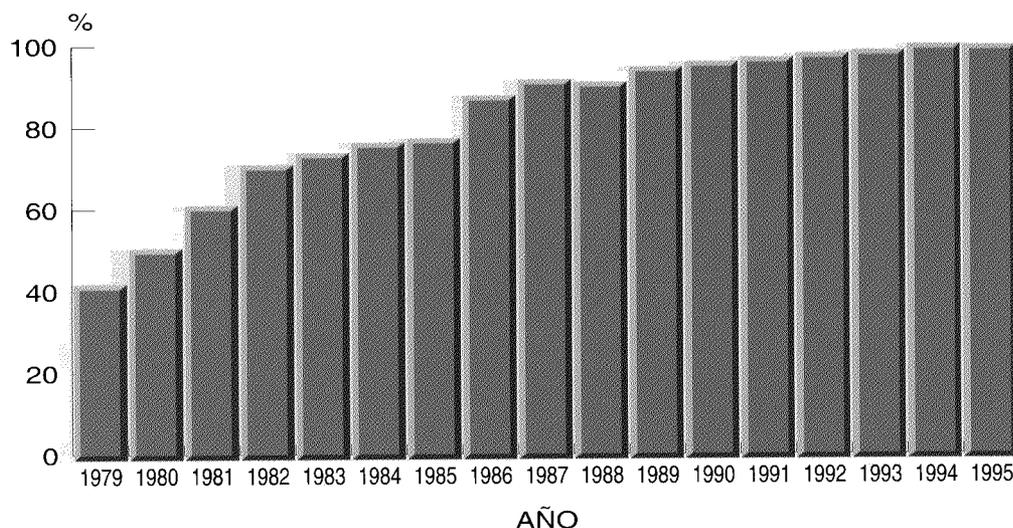
### 8.1. METABOLOPATÍAS

Las metabolopatías se definen como un grupo de trastornos bioquímicos debidos a mutaciones estables y hereditarias del ADN. Estas mutaciones dan lugar a proteínas con la estructura alterada, lo que a menudo conlleva una pérdida de sus funciones. Se originan así desequilibrios importantes en el organismo, apareciendo una serie de manifestaciones clínicas, unas veces progresivas, y otras en forma de crisis súbitas que comportan la muerte del paciente.

La frecuencia de estas alteraciones consideradas en su conjunto es de 1/600-800 nacidos vivos.

Los programas de detección precoz neonatal van dirigidos a la detección y diagnóstico de estas enfermedades, con el fin de poder aplicar un tratamiento antes de que aparezcan lesiones irreversibles. Los programas se basan en el uso de métodos analíticos que utilizan una muestra de sangre de talón y otra de orina impregnadas en papel. En el programa de la Región de Murcia se realiza la detección de fenilcetonuria (PKU), hipotiroidismo congénito primario (HC), hiperplasia adrenal congénita (HAC), jarabe de arce, tirosinemia y cistina-homocistina. Desde 1978 está implantado el Programa de Detección Precoz Neonatal de Metabolopatías (screening metabólico) cuya cobertura se ha incrementado desde el 42,2% del inicio del Programa, al 98,4% de 1995 (Gráfica 8.1).

**GRÁFICA 8.1. Cobertura del Programa de screening neonatal de metabolopatías en la Región de Murcia 1979-1995**

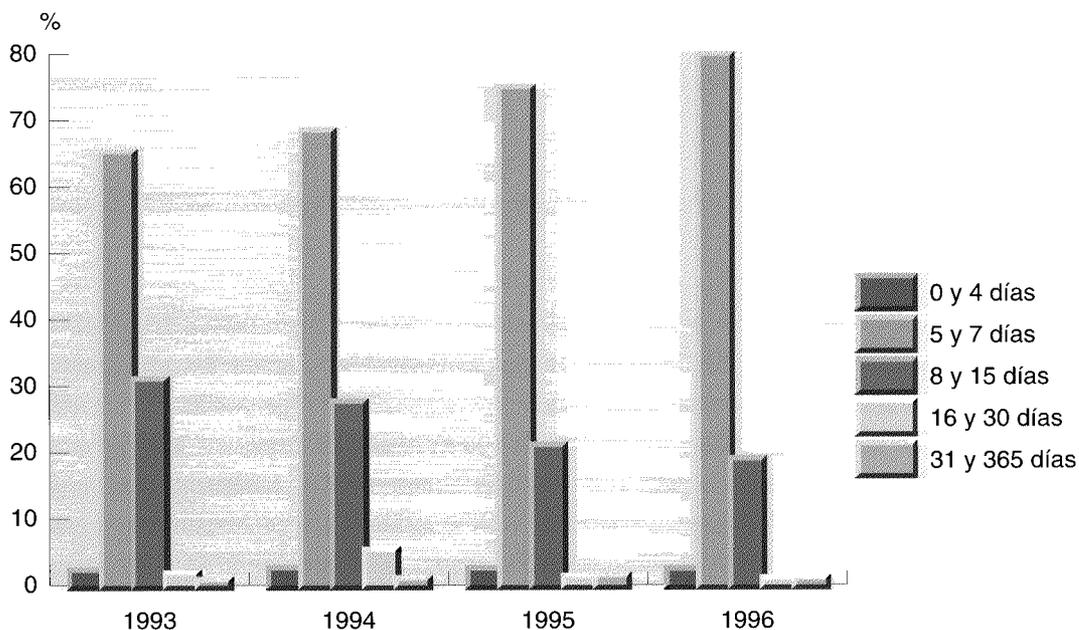


% recién nacidos analizados

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

La medida de los metabolitos que se acumulan (en sangre, orina, etc.) en estas enfermedades suele ser la forma más fácil y rápida para su detección. La fecha adecuada para la toma de la muestra oscila entre el quinto y el séptimo día de vida. Este período es el habitualmente recomendado para minimizar el número de casos falsos positivos y, lo que es más importante, evitar los resultados falsos negativos, así como el retraso en la instauración del tratamiento. El porcentaje de muestras idóneas obtenido durante estos últimos años ha mejorado ostensiblemente alcanzando casi el 80% (Gráfica 8.2).

**GRÁFICA 8.2. Edad del recién nacido a la toma de muestra durante 1993-1996**



**Fuente:** Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

Los casos detectados (Tabla 8.1) incluyen los diagnosticados a través del Programa de Detección Precoz Neonatal en todos los recién nacidos, así como los estudios selectivos realizados en aquellos con sintomatología clínica.

**TABLA 8.1. Metabolopatías detectadas en la Región de Murcia 1993-1996**

TRASTORNO	Nº DE CASOS
<b>Hiperfenilalaninemias</b>	
Fenilcetonurias (PKU)	4
Hiperfenilalaninemia	8
<b>Hipotiroidismo Congénito Primario</b>	
Permanente	41
Transitorio	35
<b>Hiperplasia Adrenal Congénito</b>	
Detección neonatal	4
Diagnóstico molecular	1*
<b>Cistinurias</b>	
Tipo I	8
Cistinuria-Lisinuria	21
<b>Lech-Nyhan</b>	1*
<b>Jarabe de Arce (MSUD)</b>	2
<b>Tirosinemia Tipo I</b>	1
<b>Iminoglicinuria</b>	1
<b>Hiperalaninimía</b>	1
<b>Déficit de <math>\beta</math>-oxidación</b>	1
<b>Acidosis Láctica</b>	1
<b>Trimetilaminuria</b>	1*
<b>Déficit múltiple deshidrogenasa</b>	1*
<b>Galactosemia</b>	1
<b>Acidemia argininosuccínica</b>	1

\*En colaboración con centros de referencia nacionales e internacionales.

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

## 8.2. ENFERMEDADES GENÉTICAS CON BASE MOLECULAR

Durante el cuatrienio 1993-96, se ha conseguido instaurar en la Región un sistema para la detección de individuos afectados y/o portadores de la mutación genética responsable del Síndrome X frágil, que es la mayor causa de retraso mental familiar. Este sistema ha permitido analizar más de 100 muestras por año, con lo que se han identificado 8 nuevas familias afectadas por el Síndrome.

Similar situación se ha producido para las patologías fibrosis quística y la distrofia muscular de Duchenne y Becker.

En otras enfermedades como la hemofilia y la retinitis pigmentosa, debido a su escaso número, son derivados a otros Centros con gran experiencia en esos diagnósticos.

Por otra parte, también se ha iniciado el diagnóstico de los síndromes de Angelman y Prader Willi, y se han desarrollado estudios del proto-onco gen RET en pacientes aquejados de neoplasia múltiple endocrina. Estos estudios han permitido la identificación de casos asintomáticos, a los que se ha aplicado la terapia adecuada, antes incluso de desarrollar la enfermedad.

Durante el periodo 1993-1996, se han realizado 27 diagnósticos prenatales como muestra la tabla 8.2.

**TABLA 8.2. Diagnósticos prenatales moleculares realizados en el cuatrienio 1993-96**

	1993	1994	1995	1996
Síndrome X frágil	4	5	2	5
Fibrosis Quística	3	1		1
Distrofia Muscular de Duchenne	1			3
Síndrome de Prader Willi			2	
TOT. AL	8	6	4	9

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

### 8.3. ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS

Las anomalías cromosómicas son mutaciones que implican a grandes zonas del cromosoma, con una incidencia en nacidos vivos de 1 en 156. La mayoría van asociadas a retraso mental, malformaciones congénitas, y retraso de crecimiento pre y postnatal, siendo más o menos graves dependiendo de la cantidad y tipo de material genético implicado. Se diagnostican mediante estudio del cariotipo (análisis del número y estructura de los cromosomas).

#### 8.3.1. Diagnóstico prenatal

El número total de diagnósticos prenatales realizados en 1996 (336), se ha incrementado en un 47% respecto a 1.993 y en un 110% respecto a 1.992 (Tabla 8.3).

Con respecto al grupo de edad materna igual o superior a 35 años, al que fundamentalmente se ha dirigido el programa, la cobertura se ha incrementado desde el 7,5% de 1992 al 22% de 1996. El incremento mayor se ha producido en el subgrupo de mayor riesgo, es decir en gestantes de más de 38 años, cuya cobertura ha pasado del 15,6% en 1993 a un 38% en 1996. No obstante, esta cobertura sigue siendo inferior a la media nacional, y no ha alcanzado el 50% previsto para el período 1993-1996, lo que podría explicarse parcialmente por una insuficiente información a la población.

**TABLA 8.3. Cobertura del programa de diagnóstico prenatal**

	1992	1993	1994	1995	1996
Nº Total estudios	160	228	260	309	336
% cobertura >35a	7,5	12,2	13,6	15,5	22,0
% cobertura >38a	15,6	20,7	21,0	32,7	38,0

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

Por Áreas de Salud de residencia de las gestantes, la mayor cobertura del grupo de riesgo por edad corresponde a las Áreas 1 y 6, aunque las restantes Áreas han incrementado notablemente su demanda en 1995.

En cuanto a la tasa de anomalías cromosómicas fetales diagnosticadas, y tomando en consideración diagnósticos prenatales de muestras regionales estudiadas, se mantiene estable entre el 5-6%. durante el periodo 1992-1996. Las anomalías diagnosticadas aparecen en la Tabla 8.4.

**TABLA 8.4. Anomalías cromosómicas fetales diagnosticadas en la Región de Murcia durante el periodo 1992-1996**

ANOMALÍAS	NÚMERO
Trisomía 21 (síndrome de Down)	24 (1 en mosaico)
Trisomía 18 (síndrome de Edward)	11
Trisomía 15 en mosaico	1
Trisomía 13 (síndrome de Patau)	1
Monosomía X (síndrome de Turner)	6 (2 en mosaico)
47,XXX (triple X)	2 (1 en mosaico)
47,XXY (síndrome de Klinefelter)	2
47,XYY (doble Y)	1
69,XXY (Triploidia)	1
Anomalías estructurales desequilibradas	5
Anomalías equilibradas de novo	2
Anormal. equilibradas heredadas (sin patología asociada)	12
<b>TOTAL ANOMALÍAS</b>	<b>68</b>

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

### 8.3.2. Diagnóstico postnatal

En la Región se detecta una tasa anual de anomalías entre el 10-12% durante el periodo de los últimos cuatro años. Las anomalías cromosómicas detectadas son las mismas que las mencionadas en diagnóstico prenatal, priorizando el estudio del cariotipo en aquellos individuos y parejas cuya historia clínica o reproductiva exige excluir o confirmar anomalías cromosómicas

El número de cariotipos estudiados en diversas muestras, así como el número de anomalías diagnosticadas desde el año 1992, aparecen en la Tabla 8.5.

**TABLA 8.5. Numero de cariotipos estudiados y anomalías detectadas. Región de Murcia 1992-1996**

	1992		1993		1994		1995		1996*	
	CARIOTIPOS	ANOMALÍAS	CARIOTIPOS	ANOMALÍAS	CARIOTIPOS	ANOMALÍAS	CARIOTIPOS	ANOMALÍAS	CARIOTIPOS	ANOMALÍAS
Sangre	600	83	566	51	560	50	640	66	626	72
Médula	51	16	57	21	64	16	100	43	7	2
Otros tejidos	30	1	12	2	10	2	10	1	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>681</b>	<b>100</b>	<b>635</b>	<b>74</b>	<b>634</b>	<b>68</b>	<b>750</b>	<b>110</b>	<b>636</b>	<b>74</b>

\* Incluye datos de Albacete y provincia.

Fuente: Centro de Bioquímica y Genética Clínica. Dirección General de Salud.

## 8.4. REGISTRO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Desde hace 2 años, la Región de Murcia está incluida en el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) a través de la Dirección General de Salud que es la responsable de la recepción de los informes de recién nacidos con malformaciones, y de su envío al Grupo Coordinador, ubicado en Madrid, para el procesamiento de la información generada en todos los hospitales españoles. Dicha información es remitida trimestralmente a las Autonomías respectivas. Los principales resultados aparecen en las Tablas 8.6 a 8.8

La Cobertura del registro de nacimientos en base nacional de datos del Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas, en cuanto a Murcia, es la más alta de España (Tabla 8.6).

**TABLA 8.6. Cobertura del registro de nacimientos del E.C.E.M.C.**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	TOTAL DE NACIMIENTOS EN ESPAÑA 1994	NACIMIENTOS INCLUIDOS ECEMC 1994	COBERTURA ECEMC 1994 (%)
Andalucía	81.204	11.912	14,69
Aragón	9.588	1.555	16,22
Asturias	6.630	2.056	31,01
Baleares	7.637	472	6,18
Canarias	16.164	2.874	17,78
Cantabria	3.840	2.921	76,07
Castilla La Mancha	17.020	11.913	70,00
Castilla y León	18.210	7.169	39,37
Cataluña	54.357	8.671	15,95
Com. Valenciana	36.538	3.468	9,49
Extremadura	11.124	3.322	29,86
Galicia	19.450	6.374	32,77
La Rioja	2.118	1.688	79,70
Madrid	46.856	6.923	14,78
<b>MURCIA</b>	<b>12.454</b>	<b>10.582</b>	<b>84,97</b>
Navarra	4.663	0	0
País Vasco	15.265	4.746	31,09
Ceuta y Melilla	2.006	0	0
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>365.124</b>	<b>87.646</b>	<b>23,73</b>

Fuente: Boletín del ECEMC. Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. IV, 1, 1996.

En cuanto a la prevalencia de recién nacidos con malformaciones, la Región ocupa un lugar intermedio respecto a las demás Comunidades Autónomas, con una cifra muy próxima a la media nacional (Tabla 8.7).

**TABLA 8.7. Prevalencia de recién nacidos malformados por CC.AA 1980/94-1995**

COMUNIDAD AUTONOMA	1980-94	1995
Andalucía	1,43	0,96
Aragón	1,75	2,11
Asturias	1,88	1,30
Baleares	2,57	3,30
Canarias	2,06	1,97
Cantabria	2,06	1,90
Castilla La Mancha	2,15	1,54
Castilla y León	2,08	1,54
Cataluña	2,48	1,78
Com. Valenciana	1,35	0,68
Extremadura	2,18	3,06
Galicia	1,63	0,91
La Rioja	2,53	0,23
Madrid	1,57	1,05
<b>MURCIA</b>	<b>2,04</b>	<b>1,52</b>
Navarra	1,96	1,79
País Vasco	2,24	0,97
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>1,97</b>	<b>1,47</b>

Fuente: Boletín del ECEMC. Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. IV, 1, 1996.

Finalmente, al analizar algunos defectos congénitos seleccionados, la Región presenta unas tasas de espina bífida y de hipospadias superior a la media nacional (Tabla 8.8).

**TABLA 8.8. Prevalencia de defectos congénitos seleccionados por 10.000 recién nacidos. Región de Murcia y España 1995**

DEFECTO	MURCIA	ESPAÑA
Espina Bífida	3,43	2,29
Hidrocefalia	3,43	4,35
Fisura Palatina	0,86	4,01
S. de Down	12,00	11,67
Hipospadias	31,72	20,72

Fuente: Boletín del ECEMC. Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. IV, 1, 1996

## 9 SALUD BUCODENTAL

Los indicadores regionales de los que se dispone actualmente proceden de la I Encuesta de Salud Bucodental en Escolares de la Región de Murcia (Tabla 9.1). Actualmente, se encuentra en fase de ejecución la II Encuesta, de cuyos datos se dispondrá a principios del año 1998.

Las actuaciones sanitarias se han centrado, principalmente, en la fluoración de las aguas, actividades de educación para la salud y desarrollo de Unidades de Salud Bucodental. Respecto a las aguas de consumo público fluoradas, están disponibles actualmente en 23 municipios, con una cobertura del 22% de la población regional. Semestralmente se monitorizan las concentraciones de ión fluor en agua corriente y se remiten los resultados a los E.A.P. y a los odontoestomatólogos.

Las Unidades de Salud Bucodental, radicadas en Cartagena, Lorca y Murcia, proporcionan atención individualizada a todos los escolares de Educación Primaria de los municipios del Área 2 y 3 y a los del municipio de Murcia, de tal manera que se les administra gratuitamente fluoración tópica semestral o anual y selladores de fisuras a primeros molares, y se les restaura las piezas permanentes cariadas.

**TABLA 9.1. Principales indicadores epidemiológicos de salud bucodental escolar 1989**

	6 AÑOS	12 AÑOS	14 AÑOS
Escolares con caries en ambas denticiones (%)	45,4	68,71	75,5
Índice C.O.	1,34	0,16	0,02
Índice C.A.O.D.	0,19	2,31	3,38
Índice C.A.O.S.	0,22	3,66	5,64
Índice C.A.O.M.	0,19	1,71	1,99
Índice de Restauración	0,01	0,19	0,20
Necesidad de algún tratamiento (%)	45,3	63	69,6
Escolares con algún sextante sangrante (%)	6,4	26,6	33,6

Índice C.O.- Cociente entre el número de piezas temporales cariadas y obturadas y el número de escolares examinados.

Índice C.A.O.D.- Cociente entre el número de piezas permanentes cariadas, ausentes por caries y obturadas, y el número de escolares examinados.

Índice C.A.O.S.- Cociente entre el número de superficies de piezas permanentes cariadas, ausentes por caries y obturadas, y el número de escolares examinados.

Índice C.A.O.M.- Similar al C.A.O.D. pero referido al primer molar permanente.

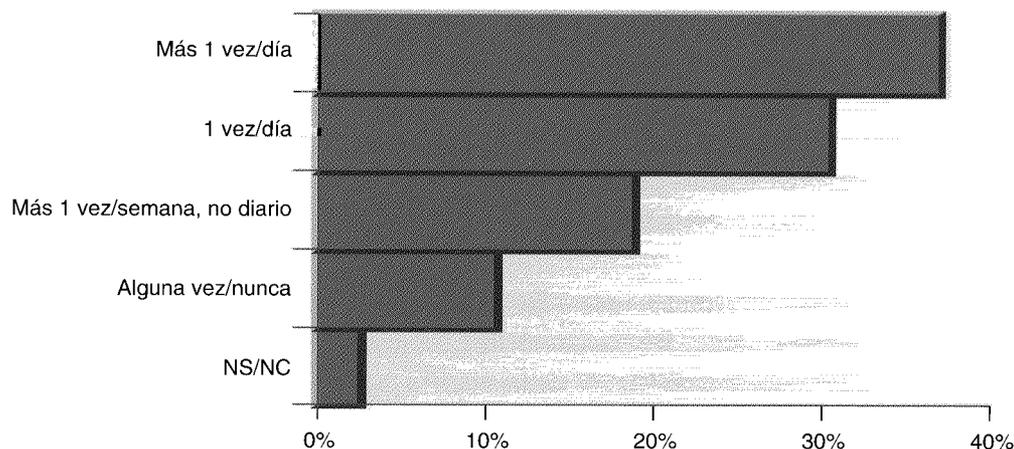
Índice de Restauración.- Proporción de piezas dentales permanentes obturadas que contribuyen al valor global del C.A.O.D. Se obtiene dividiendo el componente "O" entre el C.A.O.D.

**Fuente:** Sección de Salud Infantil. Dirección General de Salud

Los hábitos higiénicos de los escolares murcianos son aún mejorables en general, y especialmente en los más jóvenes, según pone de manifiesto el "Estudio sobre conductas de salud en la población escolarizada" <sup>(8)</sup>, realizada durante el curso 1993-1994. Alrededor de un 30% no se limpia los dientes ni siquiera una vez al día (Gráfica 9.1), y más del 40% no se cepillan habitualmente después de cenar. El 56,7% dice limpiarse los dientes siempre o casi siempre después de cenar. Después de comer, este porcentaje desciende a un 48,5%, y a un 37,8% después de desayunar.

Este panorama de la salud bucodental se completa con el hecho de que 1 de cada 5 (21,7%) no ha visitado aún al dentista. Además, de los que lo han hecho, más del 70% han ido motivados por algún problema con su dentadura. Sólo un 27,7% menciona haber acudido para realizarse una revisión.

**GRÁFICA 9.1. Frecuencia de cepillado de dientes. Región de Murcia 1993-1994**



**Fuente:** Estudio sobre conductas de salud en la población escolarizada de la Región de Murcia

No existe apenas variación por edad en frecuencia global de cepillado, ni en cepillado después de cenar, lo que sugiere que estos hábitos se adquieren con anterioridad y son resistentes al cambio.

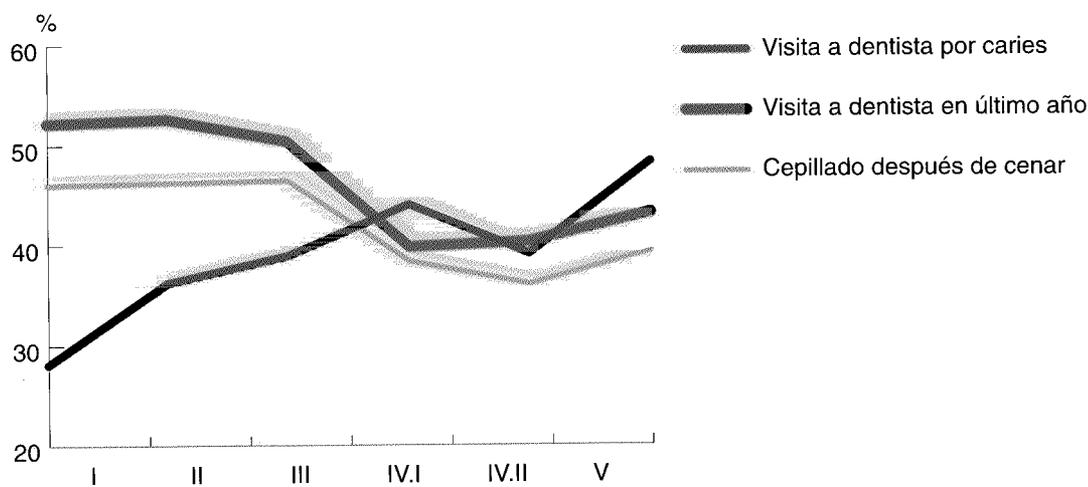
El porcentaje de sujetos que no ha ido nunca al dentista desciende, lógicamente, con la edad, pero aún alcanza casi un 20% en 2º de BUP-FPI. Paralelamente, los motivos para acudir a la consulta también varían, especialmente los relacionados con la presencia de caries, que se incrementan con la edad.

También existen diferencias por Áreas de Salud en cuanto a higiene dental. En general parece que los alumnos de las Áreas 1, 2 y 4 presentan hábitos más saludables de cepillado. Esto, por otra parte, podría tener reflejo en que hay un porcentaje más alto de alumnos que han acudido al dentista por problemas relacionados con la caries en las Áreas 4 y 5.

Otras variables demográficas también parecen afectar a la salud bucodental. La frecuencia global de cepillado y las visitas al dentista, descienden paralelamente al nivel socioeconómico de la familia, son mayores en centros educativos privados, en zonas urbanas y en mujeres. Por otra parte, el porcentaje de sujetos para los que el motivo de la última visita al dentista fue "tener un diente o muela picados" se incrementa según desciende el nivel socioeconómico de la familia.

Estas relaciones entre la clase social y la salud bucodental se plasman en la Gráfica 9.2. En ella se han tomado como referencias los porcentajes de sujetos que se cepillan siempre los dientes después de cenar, que han acudido al dentista hace menos de un año, y el de los que acudieron por motivos relacionados con la caries. Como se puede observar, existe un salto cualitativo entre los niveles socioeconómicos I, II y III, y los más bajos, con un descenso de prácticas recomendadas sanitariamente y un incremento de problemas relacionados con la caries en función de la clase social de la familia.

**GRÁFICA 9.2. Salud bucodental en función de la clase social. Región de Murcia 1993-1994.**



- I.- Directivos de la Administración y de las Empresas (excepto los incluidos en el grupo II). Altos funcionarios. Profesionales Liberales. Técnicos Superiores.
- II.- Directivos y Propietarios-Gerentes del Comercio y de Servicios Personales. Otros Técnicos (no superiores). Artistas y Deportistas.
- III.- Cuadros y Mandos Intermedios. Administrativos y Funcionarios en general. Personal de los servicios de Protección y Seguridad.
- IV.I.- Trabajadores Manuales Cualificados de la Industria, Comercio y Servicios. Idem del Sector Primario.
- IV.II.- Trabajadores Manuales Semicualificados de la Industria, Comercio y Servicios. Idem del Sector Primario.
- V.- Trabajadores No Cualificados

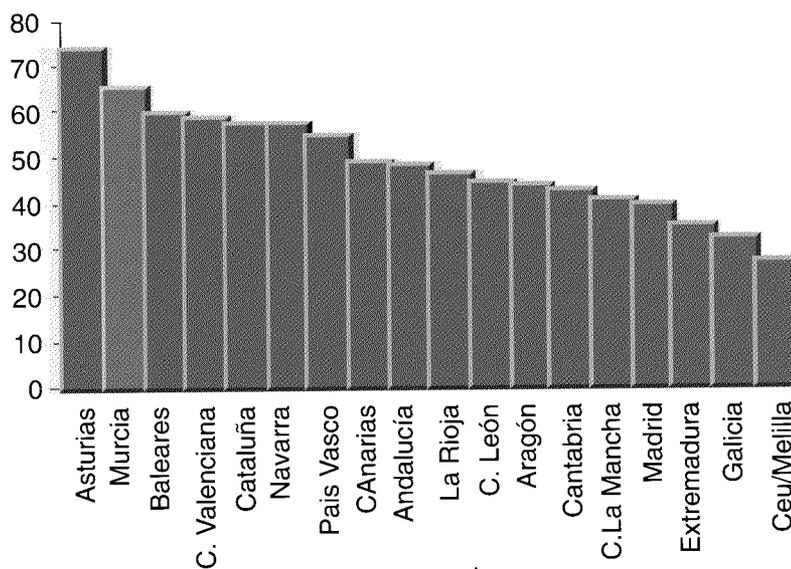
**Fuente:** Estudio sobre conductas de salud en la población escolarizada de la Región de Murcia

## 10 ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales constituyen uno de los más importantes problemas de salud de las sociedades industrializadas, sobre todo porque se trata de sucesos evitables, vinculados a las condiciones de trabajo.

La incidencia de accidentes de trabajo en España es una de las más altas de Europa y las tasas de siniestros laborales en la Región de Murcia se encuentran entre las más altas del país. Al comparar con el resto del país se comprueba que, durante 1995, la tasa de accidentes en la Región de Murcia (64,4/1000) supera ampliamente a la media nacional (49/1000), situándose en el segundo lugar entre las Comunidades Autónomas con mayor siniestralidad, tras Asturias que alcanza 73,8 accidentes por cada mil trabajadores ocupados (Gráfica 10.1 y Tabla 10.1).

**GRÁFICA 10.1. Accidentes de trabajo. Tasas por Comunidades Autónomas 1995**



Accidentes/1000 trabajadores ocupados

**Fuente:** Sección de Salud Laboral. Dirección General de salud.

TABLA 10.1. Accidentes de trabajo en España por Comunidades Autónomas 1995

ORDEN	TOTAL ACCIDENTES		ACCIDENTES GRAVES		ACCIDENTES MORTALES				
	ACCIDENTES	TASA	ACCIDENTES	TASA	ACCIDENTES	TASA			
1	Asturias	22.984	73,82	Baleares	375	1,42	Asturias	74	0,238
2	<b>Murcia</b>	20.402	64,42	Cantabria	195	1,25	Cantabria	21	0,134
3	Baleares	15.702	59,51	Andalucía	1.940	1,12	C. León	82	0,121
4	C. Valenciana	73.779	58,16	<b>Murcia</b>	326	1,03	Aragón	45	0,114
5	Cataluña	121.861	57,27	País Vasco	679	1,01	Navarra	20	0,111
6	Navarra	10.205	56,75	C. León	667	0,98	País Vasco	73	0,109
7	País Vasco	36.334	54,21	Navarra	175	0,97	Galicia	98	0,107
8	Canarias	23.039	48,83	Extremadura	249	0,93	La Rioja	9	0,106
9	Andalucía	82.765	47,80	Galicia	823	0,90	<b>Murcia</b>	32	0,101
10	La Rioja	3.886	45,95	C. Valenciana	1.082	0,85	Extremadura	20	0,075
11	C. León	29.969	44,08	Canarias	387	0,82	Andalucía	127	0,073
12	Aragón	17.192	43,43	C. la Mancha	420	0,78	Cataluña	156	0,073
13	Cantabria	6.597	42,18	Madrid	1.254	0,77	C. Valenciana	79	0,062
14	C. la Mancha	21.810	40,25	Aragón	296	0,75	Ceu/Melilla	2	0,061
15	Madrid	63.214	38,94	Cataluña	1.451	0,68	Madrid	99	0,061
16	Extremadura	9.285	34,68	La Rioja	48	0,57	Canarias	28	0,059
17	Galicia	29.748	32,40	Ceu/Melilla	18	0,55	Baleares	15	0,057
18	Ceu/Melilla	889	27,19	Asturias	158	0,51	C. la Mancha	28	0,052
<b>ESPAÑA</b>		<b>589.661</b>	<b>48,97</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>10.543</b>	<b>0,88</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>1.008</b>	<b>0,084</b>

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

Considerando sólo los accidentes con baja que se producen durante la jornada laboral, durante 1996 se han producido 21.317 accidentes laborales en la Región, con una tasa de 67 accidentados por cada mil trabajadores ocupados, o dicho de otra forma, el pasado año se lesionó uno de cada quince trabajadores ocupados (Tabla 10.2). Treinta y seis de esos accidentes fueron mortales, es decir, se han producido tres accidentes mortales al mes para una población media ocupada de 318.000 trabajadores, lo que da una idea de la importancia del problema en la Región.

TABLA 10.2. Accidentes de trabajo totales y mortales por sectores económicos. Frecuencia y tasa de incidencia. España 1995-Región de Murcia 1996

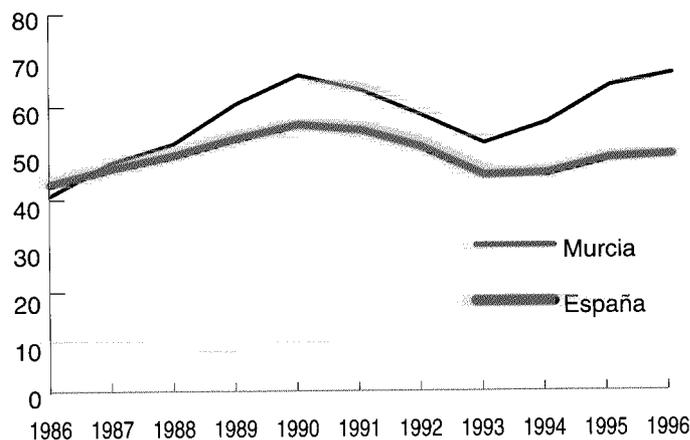
	MURCIA				ESPAÑA			
	TOTAL N°	ACCIDENTES Tasa	ACC N°	MORTALES Tasa	TOTAL N°	ACCIDENTES Tasa	ACC N°	MORTALES Tasa
Agricultura	4.750	138,89	3	0,088	38.491	34,80	107	0,097
Industria	6.959	119,78	13	0,224	215.533	86,69	268	0,108
Construcción	3.629	118,21	6	0,195	117.490	103,56	247	0,218
Servicios	5.979	30,63	14	0,072	218.147	29,82	386	0,053
<b>TOTAL</b>	<b>21.317</b>	<b>66,99</b>	<b>36</b>	<b>0,113</b>	<b>589.661</b>	<b>48,97</b>	<b>1.008</b>	<b>0,084</b>

Tasa: Número de accidentes por mil trabajadores ocupados

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

Lo más grave de esta situación es que, después de un corto periodo de disminución en los años 92 y 93, la tendencia en los tres últimos años es de un aumento progresivo de la accidentalidad (Gráfica 10.2). En 1994 se observó un incremento del 8,4% de la incidencia del total de accidentes respecto a 1993, en 1995 fue aún mayor, un 14,6% respecto al año anterior y en 1996 el incremento es menor, un 3,4% respecto a 1995.

**GRÁFICA 10.2. Total de accidentes de trabajo. Comparación de Tasas España-Región de Murcia 1986-1996**

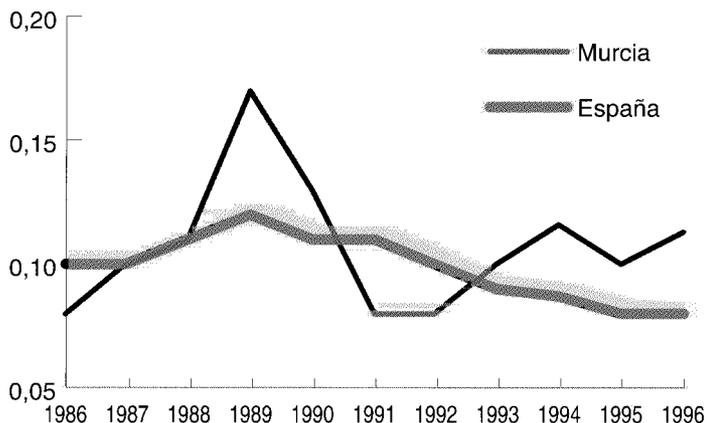


Accidentes con baja y en jornada laboral.

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

La evolución de los accidentes mortales en los últimos tres años, en cambio, es menos definida, pues tras un incremento en 1994, la tasa de 1995 desciende igualándose a la observada en 1993, aumentando de nuevo en 1996 (Gráfica 10.3). Los accidentes mortales en la Región, con una tasa de 0,10/1000, también superan (aunque de forma menos acusada) a la media nacional (0,08/1000), quedando Murcia situada en el noveno lugar entre las distintas Comunidades Autónomas, ocupando igualmente Asturias el primer puesto con un número absoluto de 74 accidentes mortales y una tasa de 0,24/1000 (Gráficas 10.4 y 10.5). Es importante señalar que, aunque tienen toda la consideración legal de accidente laboral, aproximadamente la mitad de los eventos mortales ocurren como consecuencia de trastornos agudos cardiovasculares o en accidentes de tráfico durante la jornada laboral (Gráfica 10.6).

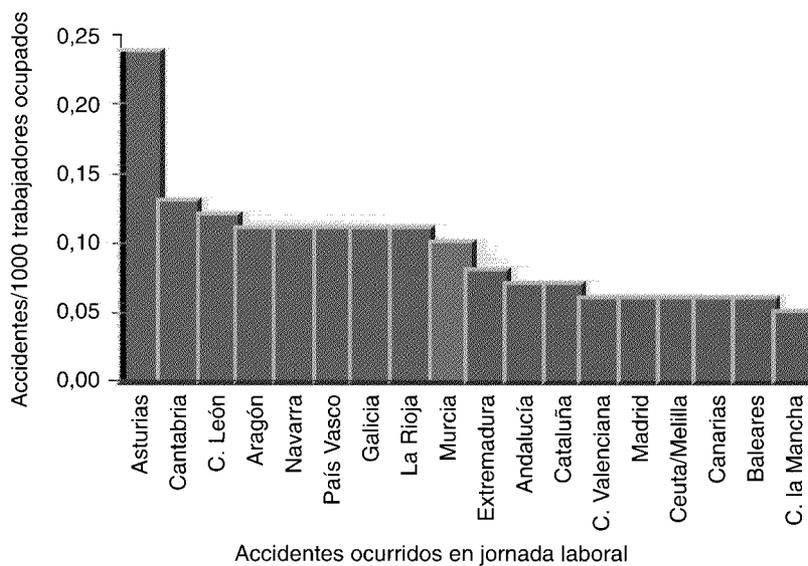
**GRÁFICA 10.3. Accidentes de trabajo mortales. Comparación de Tasas España - Región de Murcia 1986-1996**



Accidentes/1000 trabajadores ocupados

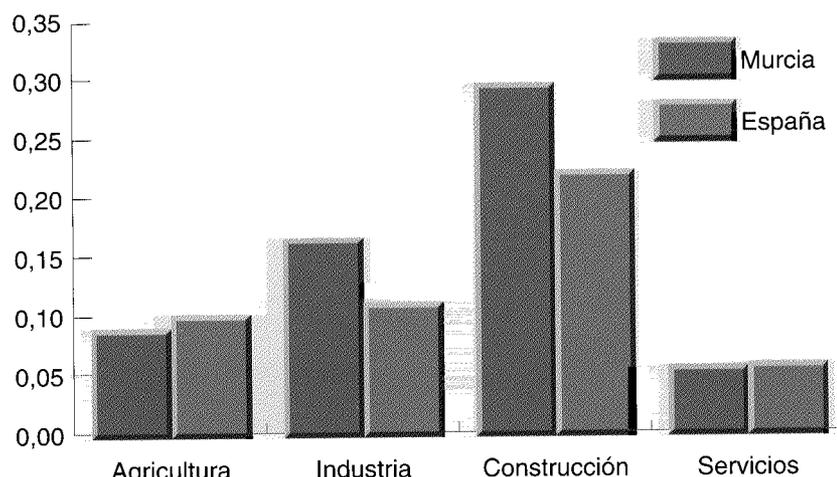
Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

**GRÁFICA 10.4 Accidentes de trabajo mortales. Tasas por Comunidades Autónomas 1995**



Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud.

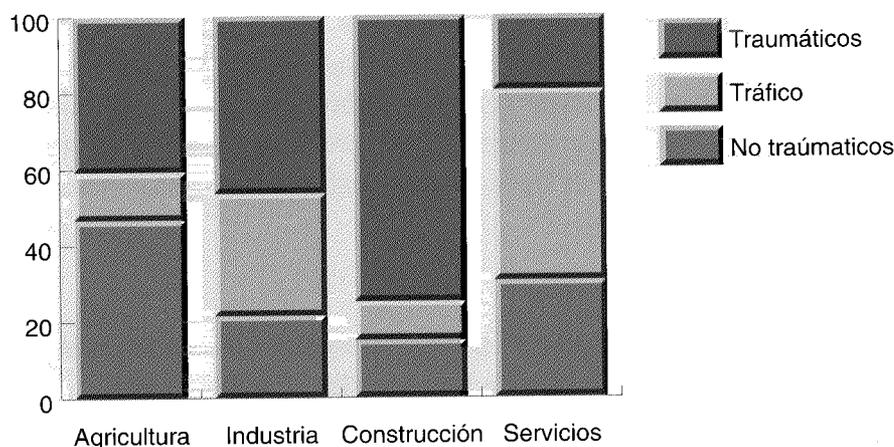
**GRÁFICA 10.5. Accidentes de trabajo mortales. Comparación de tasas por sectores económicos. Región de Murcia-España 1995**



Accidentes ocurridos en jornada laboral.

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud.

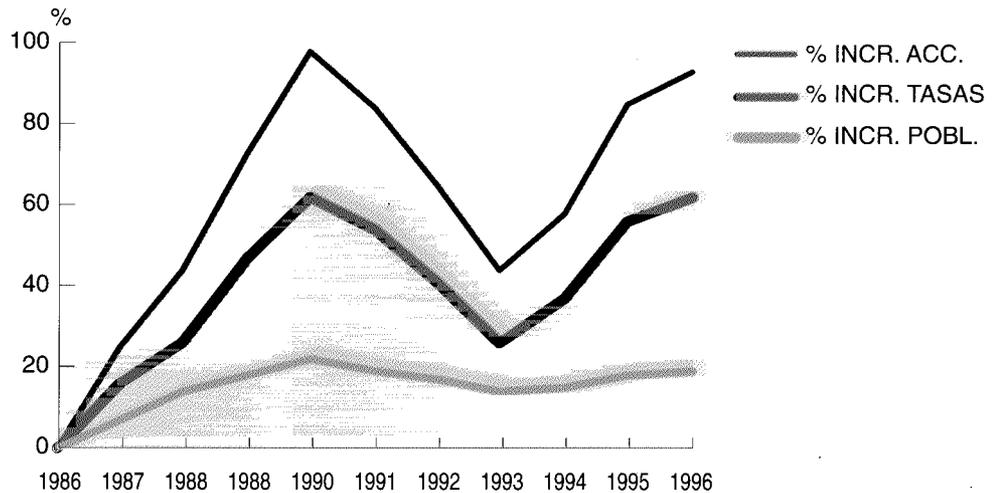
**GRÁFICA 10.6. Accidentes de trabajo mortales. Distribución por sectores económicos y la forma en que se produjo el accidente. Región de Murcia 1989-95**



Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud.

La población ocupada también ha crecido en los dos últimos años, lo que justificaría un aumento proporcional de los accidentes. Sin embargo, la siniestralidad ocurrida supera a la esperada por el simple aumento de la población expuesta, observándose una relación multiplicativa en la que por cada incremento del 1% en la población trabajadora se produce un aumento del 3,5% en los accidentes (Gráfica 10.7). Se interpreta que esto es debido a factores ligados a los cambios rápidos en el empleo de un año para otro, que implica un número importante de empleo eventual, y a las dificultades para la adopción de medidas de formación y prevención de riesgos laborales en estos casos.

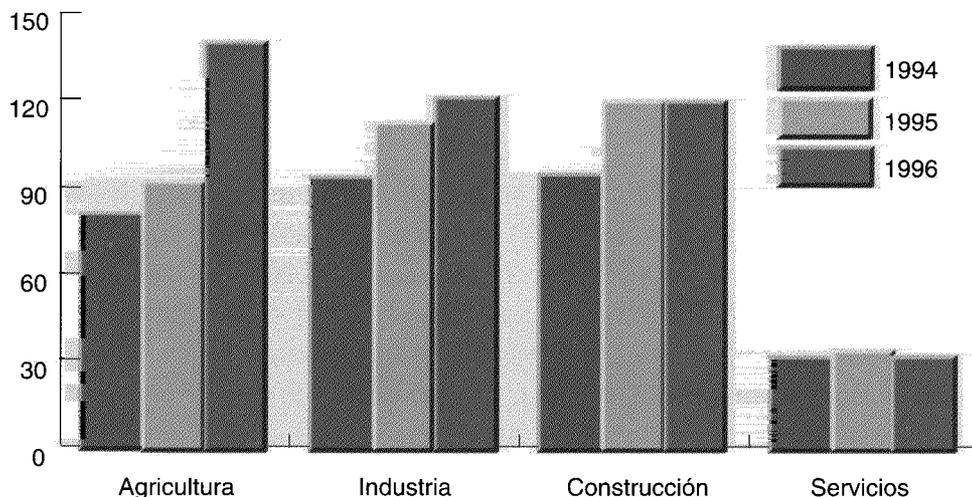
**GRÁFICA 10.7. Total de accidentes de trabajo. Evolución proporcional respecto a 1986. Región de Murcia 1986-1996**



Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud.

Agricultura es el sector que ha presentado un mayor incremento de siniestralidad a lo largo de los últimos años (Gráfica 10.8), llegando a duplicar desde 1992 la tasa media nacional (Gráfica 10.9), y ocupando la Región el primer lugar en tasa de accidentabilidad en este sector (Tabla 10.3). A ello contribuye en gran medida, la alta tasa de accidentalidad que presentan las mujeres en el sector de Agricultura, muy superior a la de los varones. Esto indica que los trabajadores agrícolas regionales (sobre todo las mujeres) se accidentan más que en el resto del país, pero también es muy probable que estas altas tasas estén condicionadas porque el número de trabajadores y trabajadoras censados en este sector sea inferior al realmente ocupado.

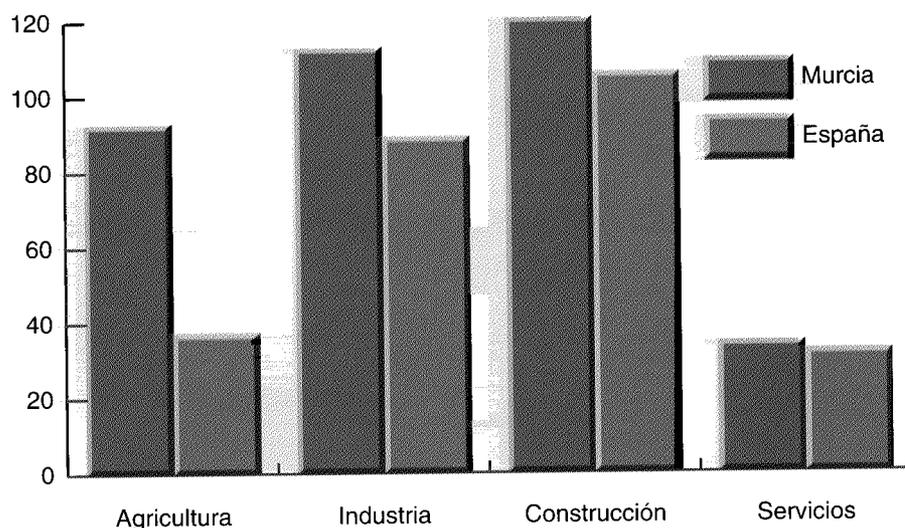
**GRÁFICA 10.8. Total de accidentes de trabajo. Comparación de tasas por sectores económicos. Región de Murcia 1994 - 1995 - 1996**



Accidentes con baja y en jornada laboral.

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud.

**GRÁFICA 10.9. Total de accidentes de trabajo. Comparación de tasas por sectores económicos. Región de Murcia - España 1995**



Accidentes con baja y en jornada laboral.

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud.

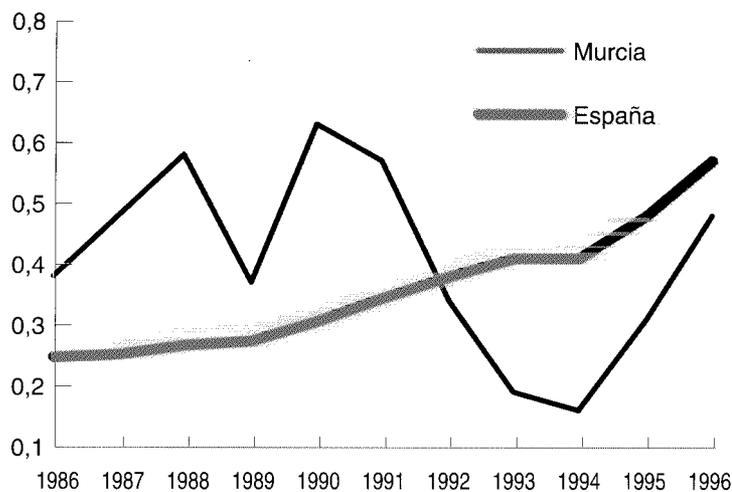
**TABLA 10.3. Total de accidentes de trabajo clasificados según sector económico y tasa por CC.AA. 1995**

ORDEN	AGRICULTURA		INDUSTRIA		CONSTRUCCION		SERVICIOS					
	ACC.	TASA	ACC.	TASA	ACC.	TASA	ACC.	TASA				
1	<b>Murcia</b>	4.261	90,52	Asturias	14.243	221,25	Baleares	4.188	153,83	Baleares	8.700	43,98
2	Pais Vasco	1.365	62,69	C. León	12.856	136,66	Ceu/Melilla	348	151,30	Cataluña	45.677	36,20
3	Baleares	368	61,59	<b>Murcia</b>	6.785	110,64	Canarias	6.068	136,74	C. Valenciana	25.477	35,95
4	Cantabria	989	61,14	Pais Vasco	18.183	93,28	Navarra	2.232	136,51	C. León	8.690	35,94
5	C. Valenciana	5.531	58,30	Navarra	5.200	92,16	La Rioja	767	126,78	Canarias	12.538	35,79
6	Andalucía	10.114	50,08	Andalucía	20.632	91,93	Asturias	2.970	124,66	<b>Murcia</b>	5.721	32,21
7	Cataluña	3.437	45,96	Cataluña	53.117	86,58	C. Valenciana	14.386	122,46	Andalucía	34.391	30,42
8	Canarias	1.319	38,04	C. Valenciana	28.385	81,67	<b>Murcia</b>	3.635	118,40	Pais Vasco	11.028	27,80
9	Madrid	551	34,12	Galicia	10.578	76,56	Cataluña	19.630	110,51	Madrid	31.587	26,59
10	Extremadura	1.654	33,69	Aragón	7.434	75,61	Aragón	3.394	108,09	Asturias	4.823	26,30
11	Navarra	377	32,15	Baleares	2.446	74,52	Pais Vasco	5.758	101,28	Navarra	2.396	25,14
12	Ceu/Melilla	10	30,77	Canarias	3.114	73,40	Andalucía	17.628	100,85	Aragón	5.521	25,08
13	C. León	1.638	25,53	La Rioja	1.899	67,28	C. León	6.785	99,82	Cantabria	2.166	24,61
14	La Rioja	236	24,14	Extremadura	1.863	67,20	Madrid	11.918	89,86	La Rioja	984	24,27
15	Asturias	948	23,83	Madrid	19.158	66,90	Galicia	7.837	83,84	Extremadura	3.170	20,35
16	Aragón	843	18,30	Cantabria	2.207	63,15	C. la Mancha	6.113	77,23	Galicia	8.342	19,53
17	C. la Mancha	1.859	16,54	C. la Mancha	7.387	53,12	Extremadura	2.598	74,02	Ceu/Melilla	485	16,91
18	Galicia	2.991	11,53	Ceu/Melilla	46	32,28	Cantabria	1.235	71,70	C. la Mancha	6.451	15,25
	<b>ESPAÑA</b>	<b>38.491</b>	<b>34,80</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>215.533</b>	<b>86,69</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>117.490</b>	<b>103,56</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>218.147</b>	<b>29,82</b>

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

Al contrario de lo que ocurre con los accidentes, la tasa de enfermedades de origen laboral declaradas en la Región durante los últimos años es inferior a la media nacional (Gráfica 10.10 y Tabla 10.4). De igual forma, la incidencia de enfermedades profesionales en el Estado es muy inferior a la de los países europeos, debido a que en España las enfermedades profesionales no se declaran o se declaran muy poco.

**GRÁFICA 10.10. Enfermedad profesional. Comparación de tasas. España - Región de Murcia 1986-1996**



E. Profesional/1000 trabajadores ocupados

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

**TABLA 10.4. Enfermedades profesionales por sectores económicos. Frecuencia y tasa de incidencia. España 1995 y Región de Murcia 1996**

	ESPAÑA		MURCIA	
	Nº CASOS	TASA	Nº CASOS	TASA
Agricultura	242	0,219	31	0,91
Industria	3.918	1,576	57	0,98
Construcción	410	0,361	31	1,01
Servicios	1.268	0,173	38	0,19
<b>TOTAL</b>	<b>5.838</b>	<b>0,485</b>	<b>157</b>	<b>0,49</b>

Tasa: Número de enfermedades profesionales por mil trabajadores ocupados

Fuente: Sección de Salud Laboral. Dirección General de Salud

Los datos preliminares de un estudio<sup>(9)</sup>, actualmente en fase de realización en la Región de Murcia, confirman que la incidencia real de enfermedades de origen laboral es, al menos, diez veces superior a la que se declara oficialmente, comprobando que la gran mayoría de los casos son interpretados y tratados como enfermedad común, sin tener en cuenta su origen laboral. Los factores que pueden estar influyendo en este problema de infradeclaración, están relacionados con la escasa información de los propios trabajadores y de los empresarios sobre las ventajas clínico-preventivas y económicas que implica el reconocimiento del origen profesional de la enfermedad, así como la propia inestabilidad en el empleo o la mínima o ausente consideración de la variable "profesión" en la historia clínica de los servicios médico-asistenciales.

Es lógico pensar que si no se detecta y declara la enfermedad de causa profesional, difícilmente se podrá conocer su dimensión real, que se estima muy importante, y más difícil será conocer sus características y condicionantes, aspectos esenciales para orientar las oportunas medidas de corrección y prevención.

