



Índice

Artículo:

Indicadores de Salud en la Región de Murcia. Situación en 2006.

Noticias Breves:

- Situación de la resistencia de Mycobacterium Tuberculosis en el mundo.
- Vigilancia de tuberculosis multirresistente en la Región de Murcia.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semana 1 a 4 de 2007.

Indicadores de Salud en la Región de Murcia. Situación en 2006

Evolución de la mortalidad regional por grandes causas, 1980-2004.

En el gráfico 1 se observa la evolución comparativa de las tasas ajustadas por edad de las mayores grandes causas de muerte nacionales y regionales. El periodo estudiado comprende dos revisiones distintas de la Clasificación Internacional de Enfermedades por lo que se han utilizado las correspondencias de los grandes grupos del INE. Se calculan las tasas ajustadas a la población europea estándar

para comparar entre territorios y años. Observamos que la mortalidad total y las principales causas de muerte descienden en la región y España, a excepción de los tumores, que se mantienen. Sin embargo, se constata que la mortalidad total regional es mayor a la nacional, a expensas de una mayor mortalidad cardiovascular y respiratoria en el periodo, y de una mayor mortalidad digestiva y de las causas externas de traumatismo y envenenamientos en los últimos años. La mortalidad por tumores es algo mayor en España.

Información Sanitaria sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (SISEDO) en 2006.

La información global sobre la incidencia en el año 2006 de todas las enfermedades de declaración obligatoria, así como del

SIDA, se publicará a lo largo del año en Boletines monográficos. Además, durante el año 2006 se registraron en la Región 60 brotes epidémicos. En la tabla 1 se resumen los brotes investigados y el número de afectados registrados. La información detallada sobre los brotes de transmisión alimentaria en 2006 ha sido publicada en el Boletín Epidemiológico del mes de marzo de 2007.

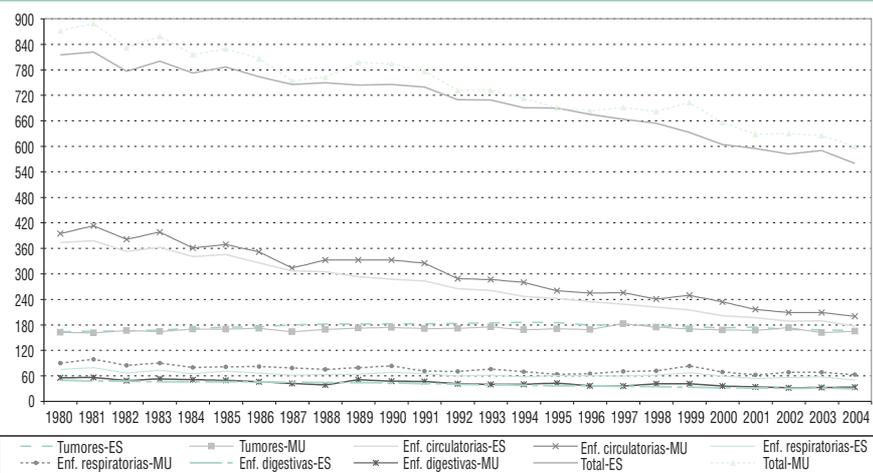
En la Región de Murcia, en el periodo 1999-2006, se vienen declarando una media anual de 209 casos de tuberculosis (rango 178-238) de las cuales las tuberculosis respiratorias representan alrededor del 83%, las meningitis tuberculosas entre 1 al 3% y las otras tuberculosis entre 14 y 17% de los casos (tabla 2). La incidencia de tuberculosis en la región ha oscilado, entre 16 a 20 casos por 100.000 habitantes durante este periodo de tiempo. Las tasas detectadas, tanto en la región como en España, son altas si se comparan con las tasas, alrededor del 5 por 100.000 habitantes, de algunos de los países europeos del entorno. Una media del 5% de los casos de tuberculosis respiratoria y del 25% de las otras tuberculosis, corresponden a casos de sida.

Estudio de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares (12 a 16 años) de la Región de Murcia, 2006.

El estudio que se presenta es la continuidad de una línea de investigación iniciada en el curso escolar 1992/93, que se viene repitiendo cada cuatro años, consistente en analizar los comportamientos en la región de los escolares de 6.º de Enseñanza Primaria, 2.º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y 4.º de ESO, con el objetivo de actualizar información sobre sus hábitos de vida, alimentación, sexualidad, realización de actividad física, ejercicio y deporte, consumo de drogas y alcohol, así como sus relaciones personales y otros factores relacionados con la salud. Con ello se pretende ofrecer un instrumento que sirva de apoyo en la tarea de planificar y desarrollar acciones encaminadas a promover la salud de los jóvenes.

El último de estos estudios se ha realizado durante 2006, y ha consistido en la aplicación de un cuestionario de 77 preguntas a una muestra representativa de 2.469 alumnos de 6.º de Primaria, 2.º de ESO y 4.º de ESO, de 75 centros educativos de la Región de Murcia. Algunos de los ítems relativos al consumo de drogas sólo se han aplicado a 2.º y 4.º de ESO. Los de sexualidad se han aplicado a los alumnos de 4.º de ESO exclusivamente.

Gráfico 1. Evolución\* de las principales grandes causas de muerte en la Región de Murcia y España. Ambos sexos, 1980-2004.



\* Tasas ajustadas a la población europea estándar por 100.000 hab. corregidas a las 9.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Nota.- Desde 1999 se aplica la CIE-10. Fuente: CREM o INE. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Tabla 1. Relación de brotes epidémicos registrados. Región de Murcia. 2006.

	Nº de brotes	Nº de casos
Infecciones e intoxicaciones alimentarias	33	342
Tuberculosis respiratoria	7	18
Hepatitis vírica	3	6
Gastroenteritis	4	32
Parotiditis	3	15
Exantema vírico	1	27
Meningitis vírica	3	6
Meningitis meningocócica	1	2
Enfermedad invasiva por streptococo pyogenes	1	2
Infestación por sarcoptes scabiei	1	8
Intoxicación por pesticidas	2	60
Intoxicación por algas tóxicas	1	120
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>638</b>

Fuente: Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología.

Tabla 2. Casos totales de tuberculosis (TBC) y tasas de incidencia por tipo de TBC declarados al SISEDO en el periodo de 1999 a 2006. Región de Murcia y España.

AÑO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
N.º casos totales	178	225	209	209	193	209	238	213
N.º casos y % TBC respiratoria	145(81,5%)	188(83,6%)	174(83,3%)	174(83,3%)	159(82,4%)	175(83,7%)	196(82,3%)	175(82,2%)
N.º casos y % Meningitis TBC	2(1,1%)	4(1,8%)	2(1,0%)	3(1,4%)	4(2,1%)	3(1,5%)	7(3,0%)	4(1,9%)
N.º casos y % Otras TBC	31(17,4%)	33(14,6%)	33(15,7%)	32(15,3%)	30(15,5%)	31(14,8%)	35(14,7%)	34(15,9%)
Incidencias de TBC respiratoria. Región de Murcia*	12,9	16,6	15,4	14,6	13,0	13,8	15,1	13,1
Incidencia en España*	21,1	19,9	18,8	18,1	17,3	16,3	18,2	14,7

\* Casos por 100.000 habitantes. Para comparar incidencias entre España y la Región de Murcia, se incluyen los datos de incidencia de TBC respiratoria, ya que no existen datos para España de otras tuberculosis.

En la tabla 3 se recogen algunos de los hallazgos más relevantes en cuanto a consumo de alcohol, tabaco, drogas, sexualidad y ejercicio físico, destacando el hecho de que, como en los estudios anteriores, continúa disminuyendo el porcentaje de jóvenes que han tomado alcohol en alguna ocasión, especialmente en 6.º de Primaria. La edad media del primer consumo de alcohol se sitúa en los 12,9 años, aunque, por otra parte, la edad de la primera borrachera es más baja.

En cuanto al consumo de tabaco, la edad media de inicio es 12,6 y se observa también una ligera disminución en el porcentaje total de jóvenes que han fumado alguna vez. Con respecto a este último estudio, mientras que el porcentaje de chicos y chicas que fumaron sólo un día en la semana es el mismo, el porcentaje de chicas que fuman más de un día en la semana es mayor que el de chicos. En función del curso, los alumnos de 4º de ESO son los que porcentualmente más fuman un día a la semana, mientras que son los alumnos de 2.º de ESO los que porcentualmente fumaron más de un día en la última semana antes de la encuesta.

El porcentaje de escolares que han probado las drogas ilegales es bajo, siendo la más consumida la marihuana. Aunque es poco frecuente, hay que destacar que uno de cada cuatro alumnos de 4.º de ESO ha probado la marihuana.

Respecto a la actividad física, un 85,8% de los jóvenes encuestados afirman realizar actividades como correr o montar en bicicleta, siendo los chicos los que más actividad física realizan. Sin embargo, conforme aumenta el curso disminuye el porcentaje de escolares que realizan alguna actividad física durante la semana. Además el porcentaje de chicas que practican alguna actividad física es menor que el de chicos.

### Demencia y Deterioro Cognitivo Leve en la Región de Murcia

A través de una encuesta realizada en 2003-2004 en una muestra representativa de la población adulta mayor de 64 años y de ambos sexos residentes en el municipio de Murcia se ha podido estimar la prevalencia de deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia. El estudio se realizó en dos etapas. La primera fase consistió en un estudio puerta a puerta para detección de individuos con alto riesgo de deterioro cognitivo a través de la versión española validada del Mini-Mental State Examination (MMSE) ajustado según edad y nivel de educación. En la segunda fase se realizó un estudio completo incluyendo

evaluación clínica, neuropsicológica, genética (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) y radiológica (Hospital Morales Meseguer) para confirmar el diagnóstico y la etiología del deterioro cognitivo detectado en la primera fase. Se utilizaron los criterios de Petersen para el diagnóstico de DCL. El diagnóstico de demencia se basó en los criterios DSM IV. Los criterios NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) y NINCDS-AIREN (National Institute of Neurological Disorders and Stroke y L'association Internationale pour la Recherche et L'Enseignement en

Neurosciences) se utilizaron para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (EA) y Demencia vascular (DV), respectivamente. Se diagnosticaron como Demencia mixta (DM) las personas que cumplían los criterios NINCDS-ADRDA para EA y además tenían enfermedad cerebrovascular asociada, según la escala de Hachinski.

De 1.074 personas que completaron la primera fase, 215 personas presentaban un MMSE ajustado menor de 25, y fueron derivadas para el estudio clínico, neuropsicológico, genético y radiológico completo. Se diagnosticaron 41 personas con DCL y 56 con demencia: 30 pacientes con EA, 16 con DM, 8 con DV y 2 con otros tipos de demencia. En 61 de las personas evaluadas en la segunda fase no se confirmó el deterioro cognitivo. Se estima que la prevalencia de demencia en personas mayores de 64 años es del 5,5% (IC95%: 4,3-7,1) y la de DCL del 4,0% (IC95%: 3,0-5,4). Por tipos de demencias, la prevalencia fue del 3,0% (IC95%: 2,1-4,2) para la EA, 1,6% (IC95%: 1,0-2,6) para la DM y 0,8% (IC95%: 0,4-1,6) para la DV. La prevalencia de la EA es similar a la encontrada en otros estudios nacionales, mientras que para la DV se encontraron valores más bajos. Hay muy pocos estudios nacionales que estimen la prevalencia de DCL y DM y no son comparables con el nuestro por diferencias importantes en la metodología y los criterios diagnósticos.

Tabla 3. Conductas relacionadas con la salud en escolares de la Región de Murcia.

		SEXO		CURSO			
		TOTAL	CHICOS	CHICAS	6.º PRIMARIA	2.º ESO	4.º ESO
consumo tabaco	Edad primer cigarrillo, media (DT)	12,6(2,10)	12,2(2,32)	13,0(1,8)	9,5(1,9)	12,2(1,6)	13,5(1,9)
	La última semana fumó un día (%)	8,1	8,1	8,1	4,3	7,9	8,9
	La última semana fumó más de un día (%)	5,8	5,0	6,4	4,3	6,7	5,2
	Compra el tabaco en estanco (%)	7,3	6,5	8,1	1,5	6,8	16,1
	Compra el tabaco en bares (%)	7,2	5,1	9,4	0,7	5,9	18,3
consumo alcohol	Edad media beber primera vez, media (DT)	12,9(1,9)	12,59(2,2)	13,23(1,4)	10,14(2,2)	12,4(1,5)	13,9(1,2)
	Edad media primera borrachera, media (DT)	13,9(1,5)	13,74(1,8)	14,09(1,1)	10,29(2,1)	13,1(1,0)	14,6(1,0)
	Compra bebidas alcohólicas en bar (%)	29,8	25,7	34,0	6,7	16,1	45,6
	Compra bebidas alcohólicas en tienda (%)	40,5	41,0	40,0	8,7	34,2	52,2
consumo drogas	Han tomado marihuana alguna vez (%)	16,6	17,5	15,8	----	9,9	25,6
	Han tomado tranquilizantes alguna vez (%)	2,8	1,8	3,7	----	2,7	2,8
	Han tomado inhalantes alguna vez (%)	2,7	3,1	2,3	----	2,5	3,0
	Han tomado marihuana en los últimos 30 días (%)	8,6	8,8	8,4	----	4,8	14,0
	Han tomado tranquilizantes en los últimos 30 días (%)	0,7	0,3	1,1	----	0,8	0,5
	Han tomado inhalantes en los últimos 30 días (%)	0,9	0,9	0,9	----	0,9	0,9
relaciones sexuales	Edad media relaciones sexuales completas, media (DT)	15,2(0,9)	15,2(0,9)	15,2(1,0)	----	----	----
	Frecuencia uso preservativo masculino (%)	93,3	93,2	93,3	----	----	----
actividad física	Frecuencia actividad física (pasear, montar en bicicleta, correr...) (%)	85,8	90,4	81,1	93,7	85,1	75,8

DT: desviación típica. El consumo de alcohol hace referencia al total de alumnos que dicen haber bebido alguna vez. En el consumo de drogas, sólo se les ha preguntado a los alumnos de 2.º y 4.º de ESO. En las relaciones sexuales, sólo se les ha preguntado a los alumnos de 4º de ESO, por lo que las casillas de 6.º de Primaria y 2.º de ESO han quedado vacías. La casilla de 4.º de ESO también ha quedado vacía porque debe tener los mismos valores que la columna Total.

La prevalencia de demencia aumenta con la edad, mientras que para el DCL el aumento con la edad, aunque presente, es menos importante (tabla 4). Con la excepción de la EA, todos los tipos de deterioro cognitivo tienen mayor prevalencia en el medio rural. El DCL se asocia inversamente con el nivel de estudios. Para la EA y la DM existe relación en el mismo sentido pero es más débil, mientras que para la DV no se observa una relación evidente con el nivel de estudios. Aunque la prevalencia de todos los tipos de deterioro cognitivo es mayor en mujeres, las diferencias entre hombres y mujeres observadas en las prevalencias tanto de DCL como de demencia desaparecen al ajustar por edad, nivel de estudios y tipo de residencia. Se estima que en la Región de Murcia aproximadamente 10.050 personas mayores de 64 años padecen demencia y 7.350 tienen DCL.

### Consumo de alcohol en escolares (14 a 18 años)

El Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia realiza una encuesta bienal en escolares de 14 a 18 años desde el año 1994. Durante este periodo 1994-2004 se han entrevistado 6.127 alumnos. El alcohol es la sustancia que presenta una mayor prevalencia de consumo entre escolares de 14-18 años.

En la última encuesta realizada el 80,9% lo ha consumido alguna vez en la vida, el 80,7% lo ha consumido en los últimos 12 meses y el 65% lo ha probado en el último mes. La edad media del primer consumo es a los 13,7 años. Un 81,8% declaran que toman habitualmente las bebidas alcohólicas en bares, cafeterías, pubs o discotecas. Un 21,6% de los entrevistados afirman, que en los últimos 12 meses alguna vez, habían conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol o habían montado como pasajero cuando una persona conducía con las facultades alteradas o disminuidas por los efectos del alcohol.

Los escolares murcianos consumen las bebidas alcohólicas, básicamente, durante el fin de semana, así el 90,3% el tipo de consumo son combinados/cubatas (modalidad de mayor consumo) en algún fin de semana, de ellos el 30,5% dicen consumir todos los fines de semana. El porcentaje de borracheras alguna vez en la vida se ha incrementado en el periodo, hay una tendencia creciente, pasando del 37,2% al 55,8%. Las borracheras ocurridas en el último mes también han aumentado del 19,4% en el año 1994 al 31,1% en el año 2004 (gráfico 2). Cuando se le pregunta a los escolares entrevistados por el número de borracheras en los últimos 30 días, el 9,9% dicen que han tenido tres o más.

En relación a la percepción acerca del consumo de alcohol que tienen los escolares, el 7,1% dice que su consumo es excesivo (bastante/mucho) porcentaje similar a años anteriores.

Los motivos que argumentan los escolares para el consumo de la sustancia, en primer lugar dicen que le gusta el sabor (67,5%), seguido del uso recreativo, para divertirse, por placer (60%) y con menor porcentaje, para olvidar problemas personales (14,8%), sentir nuevas emociones (14,1%) y para superar la timidez y con ello mejorar las relaciones (13,9%).

### Programa de Vacunaciones

Las coberturas de vacunación durante el primer año de vida, para niños nacidos

Tabla 4. Prevalencia (%) de deterioro cognitivo leve y demencia en población mayor de 64 años según variantes sociodemográficas. Municipio de Murcia. Año 2003.

	Deterioro cognitivo leve	Enfermedad de Alzheimer	Demencia mixta	Demencia vascular	Demencia*
<b>Sexo</b>					
Hombres	2,8	2,0	0,9	0,7	3,5
Mujer	5,0	3,8	2,2	0,9	7,2
<b>Grupo de edad</b>					
65-69 años	2,4	0,3	-	-	0,3
70-74 años	3,2	1,4	1,1	0,7	3,5
75-79 años	4,6	4,1	1,0	1,5	6,7
80-84 años	5,4	6,3	3,6	0,9	11,7
85 y más años	10,2	11,4	8,0	2,3	21,6
<b>Tipo de residencia</b>					
Urbana 3,0	3,1	1,4	0,6	5,3	
Rural	17,8	1,4	4,1	2,7	8,2
<b>Nivel educativo</b>					
No sabe ni leer ni escribir	27,7	4,6	4,6	1,5	12,3
Sabe leer y escribir	4,1	3,	2,1	1,6	7,3
Estudios primarios	2,2	3,2	1,9	0,3	5,7
Estudios secundarios	1,1	0,8	-	0,8	1,5
Estudios universitarios	1,8	0,9	0,9	0,9	2,7
<b>TOTAL</b>	<b>4,0</b>	<b>2,9</b>	<b>1,6</b>	<b>0,8</b>	<b>5,5</b>

\* Incluye: Enfermedad de Alzheimer, Demencia mixta y vascular, y otras demencias.  
Fuente: Servicio de Epidemiología.

durante el año 2005, tienen en unos niveles excelentes, siguiendo la línea de los últimos años (tabla 5), el hecho de que los porcentajes sean superiores al 100% obedece a que el denominador empleado es el publicado por el Centro Regional de Estadística, y en nuestro Registro Nominal de Vacunaciones figuran más personas vacunadas. En el segundo año de vida, para nacidos durante el año 2004, la cobertura vacunal frente a sarampión, rubéola y parotiditis se sitúa por encima del 97%, los recuerdos de poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina y Haemophilus influenzae tipo b, sobrepasan el 97%.

La cobertura de vacuna antigripal, alcanzada en la población de 65 años o más, en la temporada 2005/2006, ha sido del 66,5%. El número de dosis de vacuna antineumocócica administrada en la misma población se recoge en la tabla 6. Durante la temporada 2005-06 se realizó por primera vez una campaña específica de vacunación antigripal en personal sanitario obteniéndose unas coberturas excelentes (promedio del 50,1%, con un valor mínimo del 32,4% en el Rosell y máximo del 67,3% en el hospital de Cieza).

La existencia de diferentes brotes de rubéola, sarampión y paperas en otras comunidades autónomas motivaron la puesta en marcha de una campaña de vacunación con triple vírica entre la población adulta que se había constatado de mayor susceptibilidad en dichos brotes. En concreto la campaña se centró en población inmigrante latinoamericana, aunque durante el año 2007 se va a extender a otros colectivos. Los resultados de la campaña desarrollada en 2006 dan unas coberturas de un 8,9% entre la población latinoamericana adulta. Para el cálculo de coberturas se ha tomado como denominador la población registrada en el registro poblacional PERSAN.

### Programa de Detección Precoz de las Hipoacusias Neonatales

En la tabla 7 se detalla por Hospitales los recién nacidos registrados y la cobertura de participación en esta fase de detección.

### Informe-resumen sobre datos de Siniertridad Laboral 2006

Durante el año 2006 se ha declarado en nuestra Región un total de 27.231 accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral y que han causado baja, lo que supone un ligero aumento respecto a los 26.805 accidentes declarados en 2005. No se han podido calcular las tasas al no estar disponibles todavía los datos de población asalariada.

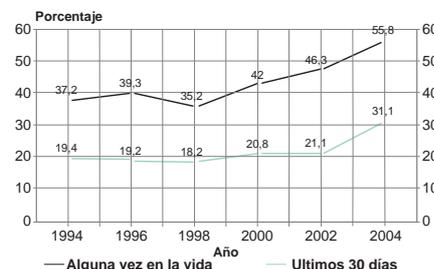
También se han declarado 634 casos de enfermedad profesional, lo que supone un importante descenso respecto al año anterior (841 casos en 2005).

En las tablas 8 y 9 se presenta la distribución de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por sectores económicos.

### Incidencia de Cáncer 1999 - 2001

El Registro de Cáncer de Murcia ha registrado 14.423 nuevos diagnósticos de cáncer

Gráfico 2. Prevalencia de borracheras por consumo de alcohol en escolares de 14-18 años en la Región de Murcia.



Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia.

Tabla 5. Cobertura vacunal nominal para vacunas del primer año de vida (%). Año 2006.

Vacuna	1.º dosis		2.º dosis		3.º dosis
	DTP-HB-VPI/Hib	Men C	DTP-HB-VPI/Hib	Men C	DTP-HB-VPI/Hib
Cobertura (%)	102,6%	102,8%	102,0%	101,9%	101,2%

HB: virus hepatitis B; DTP: Difteria-Tétanos-Pertussis; Hib: Haemophilus influenzae tipo B; VPI: virus de la polio inactivado; Men C: meningitis meningocócica serotipo C  
Fuente: Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

en el periodo 1999-2001, de los que 1.934 corresponden a cáncer de piel no melanoma. La media anual de tumores malignos se sitúa en 4.163 casos tras excluir los tumores de piel no melanoma. El 59% corresponden a varones y el 41% a mujeres. En el periodo 1999 – 2001 la incidencia global de cáncer en varones de la Región de Murcia ha sido de 420 casos/100.000 hombres y la tasa ajustada a la población europea estándar (PEE) de 421/100.000. Estas cifras muestran un ligero descenso comparando con el periodo anterior. En mujeres, la tasa bruta de 290 casos / 100.000 mujeres y ajustada de 257, se muestran ligeramente superiores a las del periodo anterior.

En varones, aunque el cáncer de pulmón continúa siendo el más frecuente, ha disminuido su contribución al total de tumores, ya que en periodos anteriores era del 18% y en 1999-2001 representa el 16% (gráfico 3) de todos los tumores diagnosticados en hombres, con una tasa ajustada de 69/100.000. Sin embargo, en mujeres, pese a continuar siendo un tumor poco frecuente, su contribución al total de tumores y sus tasas se han incrementado en 1999-2001. El cáncer de pulmón en mujeres representa el 3% de los tumores y su tasa ajustada es de 7,4/100.000, habiendo aumentado un 32% en relación al periodo anterior.

El cáncer de próstata se ha convertido en el segundo tumor más frecuente en varones (16%) con una tasa bruta de 66/100.000 y ajustada PEE 63/100.000. Si se considera conjuntamente el cáncer de colon y recto, suponen el 14% de los tumores en varones y el 15% en mujeres. Las tasas brutas en hombres son de 38 y 23/100.000 para colon y recto respectivamente. En mujeres, la tasa bruta en cáncer de colon es 30/100.000 y en recto de 13/100.000.

El cáncer de mama con más de 450 casos nuevos diagnosticados cada año, muestra una tasa bruta de 79/100.000 y ajustada PEE de 77. Continúa siendo el tumor más frecuente con el 27% de los casos de cáncer en mujeres.

El cáncer de vejiga mantiene una elevada incidencia en varones con una tasa bruta de 54,4 y ajustada PEE de 54,7. En mujeres, las tasas, aunque bajas, se mantienen a lo largo de los últimos años, con una tasa ajustada PEE en el periodo 1999-2001 de 6,2. La contribución al total de tumores malignos en hombres es del 13% y en mujeres del 3%.

Tabla 7. Cobertura de participación del Programa de Detección de las Hipoacusias Neonatales. Año 2006.

Hospital	1ª FASE			2ª FASE			Hipoacusias confirmadas
	RN registrados	RN con pruebas	Participación (%)	RN no pasaron 1ª Fase	RN no pasaron 2ª Fase	Participación (%)	
San Carlos	620	572	92,3	62	4	6,4	0
Los Arcos	1.219	1.209	99,1	17	2	11,8	1
Virgen del Castillo	783	782	99,9	36	28	77,8	0
Virgen de la Vega	1.777	1.617	91,0	105	79	75,2	0
Naval del Mediterráneo	2.950	1.684	57,1	15	0	00,0	0
Noroeste (Caravaca)	711	697	98,0	2	1	50,0	0
Rafael Méndez	1.834	1.834	100,0	6	1	0,0	0
Virgen de la Arrixaca	8.140	7.841	96,3	6	2	33,3	2
<b>Totales</b>	<b>18.034</b>	<b>16.236</b>	<b>90,0</b>	<b>249</b>	<b>117</b>	<b>47,0</b>	<b>3</b>

RN: Recién nacido.

Fuente: Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

Tabla 6. Cobertura vacunal antigripal y antineumocócica ≥ 65 años. Años 2005-2006.

Área Sanitaria	Gripe			Neumococo
	N.º total de dosis notificadas	Dosis administradas población ≥65 años	Porcentaje ≥65 años vacunados	Dosis administradas población ≥65 años
Área I	77.411	46.408	67,4	4.145
Área II	53.155	29.541	64,2	2.313
Área III	25.854	15.411	68,9	1.285
Área IV	13.387	8.508	66,9	553
Área V	7.389	4.672	58,3	289
Área VI	28.031	16.725	68,2	1.219
<b>TOTAL REGIÓN</b>	<b>205.227</b>	<b>121.265</b>	<b>66,5</b>	<b>9.804</b>

Fuente: Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

De todos los tumores que se presentan en mujeres, el cuerpo de útero y ovario son órganos que aparecen entre las localizaciones más frecuentes, correspondiendo a cáncer de cuerpo de útero el 7% de los casos y a ovario el 4%. El cáncer de cervix uterino presenta una frecuencia del 3%, que conjuntamente con los tumores del aparato genital femenino suponen el 15% de los tumores malignos en mujeres.

### Proyecto piloto de prevención de cáncer de colon y recto: resultados del primer año

A primeros de 2006 se inició un proyecto piloto de prevención del cáncer de colon y recto dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años, cuyo médico de familia pertenezca al área VI, que utiliza como prueba de cribado la determinación de sangre oculta en heces (SOH) mediante una prueba inmunológica, con una periodicidad bienal. La prueba de confirmación diagnóstica es la colonoscopia, con la resección de los pólipos que se detectan y análisis anatomopatológico, garantizando el tratamiento a todo participante en el cribado cuando lo precise.

Tras el primer año desde su inicio y tras su buena marcha podemos avanzar los siguientes resultados. La tasa de participación global del área VI (a excepción de la zona de salud de Cieza) durante el año 2006 fue de 38,1% (6.427 de 16.880 citados) repartida de forma desigual según la zona de salud (máx. 50,7%, y mín. 21,7%). En cuanto a la participación nos encontramos con un problema muy común y es la baja tasa de participación, aunque en un análisis más detallado hay ciertos motivos que nos hacen sospechar que puede me-

jorar. Al analizar la participación en función del número de invitaciones, se observa que en la primera invitación hay una participación de 34,4% que aumenta hasta el 43,3% en la segunda. Nuestro piloto prevé un mínimo de cuatro invitaciones en dos años, por lo que es previsible que la participación sea aceptable.

La tasa de positivos a sangre oculta en heces fue de 9,4% (máx. 16,3% en Blanca y mín. 7,3% en Alguazas). Sobre el total de positivos se realizó colonoscopia a 549 positivos, a 49 no se consideró oportuno realizarles colonoscopias por tener estudios recientes o padecer enfermedad intestinal crónica en seguimiento, 2 no aceptaron y 3 quedan pendientes de otros procedimientos (colo-TAC) (tabla 10).

Los hallazgos encontrados fueron 392 personas con pólipos simples, 161 con neoplasias avanzadas, 81 cánceres de los cuales 36 fueron carcinomas in situ y 45 carcinomas invasivos (tabla 11). Como dato de referencia, las tasas de detección en los programas de detección del cáncer de mama están en torno al 0,4% o el 0,8% en función de la incidencia previa. Como puede apreciarse los resultados en cuanto a detección de cánceres y adenomas avanzados son extraordinarios, más si tenemos en cuenta que según los datos de nuestro Registro Regional del Cáncer en el periodo 2000-2001 la tasa de incidencia truncada 50-69 años es de 0,1%, por tanto nos encontramos con razón de detección/incidencia 12,6 (como referencia, las guías europeas de control de calidad en programa

Tabla 8. Accidentes de trabajo por sectores económicos. Murcia 2006.

	Total Accidentes	Accidentes Graves	Accidentes Mortales
Agricultura	2.245	17	0
Industria	7.831	65	6
Construcción	8.314	108	10
Servicios	8.841	56	17
<b>Total</b>	<b>27.231</b>	<b>246</b>	<b>33</b>

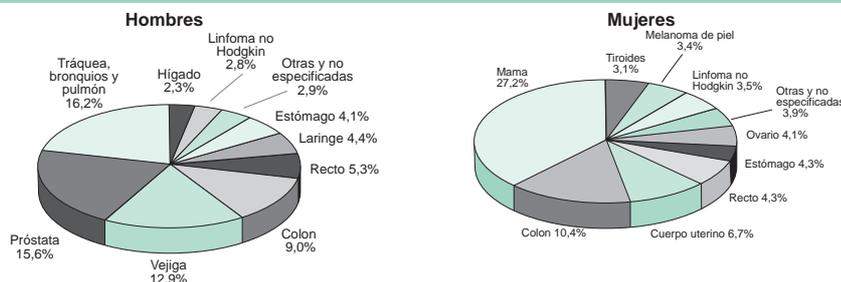
Fuente: Sección de Salud Laboral y Prevención y Control de Tuberculosis.

Tabla 9. Enfermedades profesionales por sectores económicos. Murcia 2006.

	Nº Casos
Agricultura	88
Industria	306
Construcción	87
Servicios	153
<b>Total</b>	<b>634</b>

Fuente: Sección de Salud Laboral y Prevención y Control de Tuberculosis.

Gráfico 3. Frecuencia relativa de las localizaciones tumorales más frecuentes en hombres y mujeres de la Región de Murcia 1999-2001.



Fuente: Registro de Cáncer de Murcia. Servicio Epidemiología.

de prevención del cáncer de mama proponen que un valor aceptable para este indicador es 3). En cualquier caso hemos de ser muy prudentes con estos resultados, puesto que son preliminares y pueden estar afectados por sesgos de selección.

### Programa para la Prevención del Cáncer de Mama

La evaluación global del impacto de un programa de cribado poblacional requiere de largos periodos de tiempo, lo cual resulta poco eficiente a efectos prácticos. Por ello se realizan evaluaciones periódicas (biennales) basándose en los indicadores y estándares propuestos por La Guía Europea de Calidad en el Cribado del Cáncer de Mama.

Los dos indicadores que mejor traducen el impacto a largo plazo del programa son las tasas de participación y las tasas de detección de cánceres del programa. Para el bienio 2005-06 la tasa global de participación fue del 72,8% (66,1% en cribado inicial y 90,7% en cribado sucesivo). La tasa de participación se encuentra dentro de los límites establecidos como idóneos (70-75%) para un programa de cribado. Por áreas de salud la distribución (gráfico 4) es bastante homogénea oscilando desde el 69,2% del área III al 77,3% del área V. La tasa global de detección de cánceres fue de 3,3 por 1.000 mujeres exploradas (4,3 en cribado inicial y 2,9 en cribado sucesivo). El estándar para la región se extrae a partir de los datos de incidencia anteriores al inicio del programa y queda establecido en 4,7 ‰ para cribado inicial y 2,3 ‰ para cribado sucesivo. Los valores obtenidos quedan muy cercanos al estándar en el cribado inicial y lo supera en el cribado sucesivo. El número total de cánceres detectados fue de 276 y el valor predictivo positivo del proceso 40,8%.

Tabla 10. Consulta de cribado de cáncer de colon y recto. Hospital Morales Meseguer.

<b>Individuos con SOH positiva</b>	<b>603</b>
% sobre total de participantes	9,4 %
Aceptaron colonoscopia	601
% sobre el total de SOH positiva	99,7 %
No se justifica colonoscopia	49
% sobre el total de colonoscopias aceptadas*	8,2 %
Colonoscopias indicadas	552
Colonoscopias realizadas	549
% de colonoscopias realizadas sobre las indicadas	99,3 %

\*No están justificados la colonoscopia por enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos en seguimiento, colonoscopia completa reciente y enfermedades situación terminal.

Concluimos de acuerdo con estos datos y resto del estudio, que el programa se ha desarrollado con normalidad y dentro de los parámetros esperados en el bienio 2005-06.

### Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia. Año 2006.

El objetivo del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia es disminuir la incidencia de caries y enfermedad periodontal en los niños. Durante el año 2006 el programa se dirigió a la población nacida en los años 1996, 1997, 1998, 1999 y 2000. Es decir, a los niños que en ese año cumplían 6, 7, 8, 9 y 10 años de edad, residentes en la Región de Murcia y con asistencia sanitaria proporcionada por el Servicio Murciano de Salud.

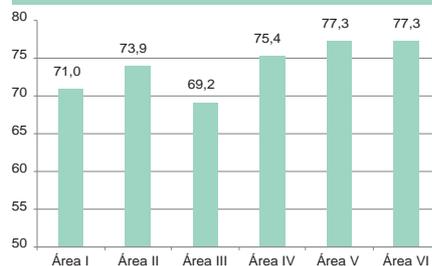
La población diana estaba constituida por 71.743 niños, de los que 37.486 fueron atendidos por los dentistas adscritos al programa (5.962 por dentistas de las Unidades de Salud Bucodental (USB) y 31.524 en consultas de dentistas privados). La cobertura alcanzada en el 2006 fue del 52,2%. Las consultas ofertadas fueron: 363 consultas privadas y 35 USB del sistema sanitario público. Se contemplan dos tipos de intervenciones: tratamientos básicos (revisiones bucales e intervenciones preventivas), tratamientos especiales (intervenciones reparadoras) y tratamientos en pacientes especiales mediante anestesia no convencional. La cobertura por Área de Salud, oscila del 38,7% en Cartagena al 65,0% en la Vega del Segura. En el gráfico 5 figura el porcentaje de tratamientos básicos efectuados y en la tabla 12 los tratamientos especiales autorizados. Se solicitaron 993 tratamientos especiales y fueron

Tabla 11. Resultados colonoscopia. Programa prevención de cáncer de colon y recto.

<b>Pólipos o lesiones planas</b>	<b>392</b>
% sobre el total de colonoscopias realizadas	71,4 %
Adenomas avanzados*	161
Tasa de detección sobre el total de participantes	2,5 %
Cánceres detectados (in situ / intramucosos + invasivos)	81
Tasa de detección sobre el total de participantes*	1,3 %
Carcinomas in situ o intramucosos	36
% del total de cánceres	44,4 %
Carcinomas invasivos	45

\* Cualquier adenoma > 1 cm o adenoma vellosos con displasia de alto grado o carcinoma in situ / intramucoso o cáncer invasivo.

Gráfico 4. Tasas de Participación del programa de cribado del cáncer de mama. Bienio 2005-2006



Fuente: Servicio de Promoción y Educación para la Salud.

autorizados 772 (77,7%) incluidos ortopantomografías y tratamientos con anestesia general. De las 208 ortopantomografías solicitadas por los dentistas privados, se autorizaron 160 (76,9%). Fueron autorizados 20 tratamientos con "anestesia no convencional" para pacientes especiales.

### Concentraciones ambientales atmosféricas de ozono

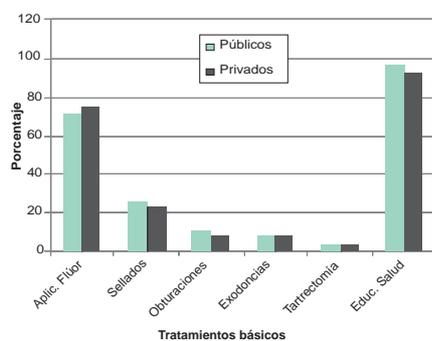
La OMS en su propuesta de "Indicadores de Salud Medioambientales: Marco y Metodologías", propone un indicador basado en las concentraciones ambientales de los contaminantes atmosféricos. Si bien, el control de estos contaminantes es competencia de la Consejería de Industria y Medio Ambiente, el Real Decreto 1796/2003, de 26 de diciembre, relativo al ozono en el aire ambiente, establece en sus artículos n.º 3, 6 y 7 que la Administración sanitaria debe ser informada de los planes y programas, superación de los umbrales de información y de alerta, y de los planes de acción a corto plazo, por ello la conveniencia de disponer de este indicador.

La OMS basa su indicador en las superaciones del valor de referencia (120 µg/m³) para la media móvil diaria para ocho horas de la concentración de ozono. Al no disponer de estos datos, se ha tomado como indicador en el número de horas que el valor de la media horaria ha superado los umbrales de información (180 µg/m³) y de alerta (240 µg/m³). En la tabla 13 se puede observar el número de superaciones por año y en las estaciones en las que se ha producido.

### Calidad sanitaria de las aguas y zonas de baño de la Región de Murcia. Año 2006

La temporada de baños en nuestra Región, abarca el periodo comprendido entre el 15 de mayo y el 30 de septiembre; durante

Gráfico 5. Tratamientos básicos bucodentales efectuados según la titularidad de la consulta. Año 2006.



Fuente: Programa de salud bucodental Infantil.

**Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.  
Semanas 1 a 4 (del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007). Distribución semanal**

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 1			Semana 2			Semana 3			Semana 4			Semanas 1 a 4		
	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana	2007	2006	Mediana
Gripe	655	555	1.454	805	773	2.141	1.330	682	2.211	2.137	770	3.801	4.927	2.780	9.553
Tuberculosis respirat.	1	2	2	3	4	4	4	4	2	5	2	4	13	12	12
Otras tuberculosis	1	0	1	1	1	0	0	0	0	3	0	0	5	1	1
Legionelosis	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Hepatitis A	2	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	3	5	1
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	2	2
Otras hepatitis víricas	1	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	4	2	1
Fiebres tifoidea y paratifo.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Toxiinfecciones-aliment.	1	0	0	3	0	0	0	1	0	3	0	0	7	1	2
Varicela	121	164	84	98	170	122	8	166	142	96	247	125	403	747	449
Parotiditis	2	0	0	1	1	1	0	1	1	3	2	1	6	4	3
Enfermedades menin.	0	1	0	1	2	2	0	1	1	0	0	0	1	4	4
Otras meningitis	2	2	1	1	2	0	2	0	2	1	5	1	6	9	6
Sífilis	0	2	1	0	1	0	1	3	1	0	0	1	1	6	3
Infección gonocócica	2	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	5	1	1

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

**Porcentaje de declaración (\*).  
Semanas 1 a 4 (del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007)**

Municipios	Población (Padrón 2005)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2005)	% de declaración
Abanilla	6.265	95,83	Calasparra	9.862	67,86
Abarán	12.917	100,00	Campos del Río	2.061	75,00
Águilas	31.218	75,86	Caravaca de la Cruz	24.664	95,59
Albudeite	1.403	75,00	Cartagena	203.945	100,00
Alcantarilla	37.439	98,90	Cehegín	15.254	75,00
Aledo	1.058	37,50	Ceutí	8.670	100,00
Alguazas	7.832	100,00	Cieza	34.318	100,00
Alhama de Murcia	18.331	87,50	Fortuna	8.120	100,00
Archena	16.277	57,45	Fuente Álamo de Murcia	13.942	100,00
Beniel	9.814	100,00	Jumilla	24.188	71,43
Blanca	6.073	100,00	Librilla	4.160	83,33
Bullas	11.641	69,44	Lorca	87.153	72,12

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



**Situación de la resistencia de Mycobacterium Tuberculosis en el mundo**

Cada año se registran 9 millones de casos nuevos de tuberculosis en el mundo y casi 2 millones de muertes por esta enfermedad. Las tasas de mortalidad, entre 0,2 y 9,6 por 100.000 habitantes en la Unión Europea, se relacionan con la aparición de cepas multirresistentes, favorecida por el abandono de los tratamientos o por tratamientos inadecuados. Un porcentaje elevado de las resistencias a por lo menos dos de los principales fármacos se localizan en China, India y repúblicas de la antigua Unión Soviética. Se considera tuberculosis multidrogresistente (MDR-TB) la resistencia a por lo menos isoniazida y rifampicina y resistencia extendida (XDR-TB) si además presenta resistencia a fluorquinolonas y a uno de los siguientes fármacos de segunda línea (capreomicina, kanamycina y amikacina). Es importante vigilar la aparición de resistencias a los fármacos de primera línea y también implantar la vigilancia de las resistencias a fármacos de segunda línea ante la aparición de casos de tuberculosis extremadamente resistente.

Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP Murcia. [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)

## Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 1 a 4 (del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007). Distribución semanal

	Áreas de Salud												REGIÓN	
	Murcia		Cartagena		Lorca		Noroeste		Altiplano		Oriental		TOTAL	
Población (Padrón 2005)	516.061		348.042		159.630		69.894		57.741		184.436		1.335.804	
	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.	Casos Acumul.
<b>Enfermedades</b>														
Gripe	2.657	2.657	585	585	543	543	143	143	370	370	629	629	4.927	4.927
Tuberculosis respirat.	5	5	4	4	2	2	0	0	0	0	2	2	13	13
Otras tuberculosis	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	5	5
Legionelosis	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2
Hepatitis A	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Otras hepatitis víricas	3	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4	4
Fiebres tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Toxiinfecciones-aliment.	4	4	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	7	7
Varicela	171	171	74	74	53	53	1	1	19	19	85	85	403	403
Parotiditis	2	2	2	2	0	0	1	1	0	0	1	1	6	6
Enfermedades menin.	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Otras meningitis	5	5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Sífilis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Infección gonocócica	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	5	5

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

## Porcentaje de declaración (\*).

Semanas 1 a 4 (del 31 de diciembre de 2006 al 27 de enero de 2007)

Municipios	Población (Padrón 2005)	% de declaración	Municipios	Población (Padrón 2005)	% de declaración
Lorquí	6.277	100,00	Torre Pacheco	27.400	75,00
Mazarrón	28.889	90,28	Torres de Cotillas, Las	18.134	35,00
Molina de Segura	54.673	90,51	Totana	27.714	100,00
Moratalla	8.473	61,11	Ulea	968	37,50
Mula	16.004	83,67	Unión, La	15.599	100,00
Murcia	409.810	85,89	Villanueva del Río Segura	1.803	12,50
Ojós	571	12,50	Yecla	33.553	92,50
Pliego	3.622	100,00	Santomera	13.417	100,00
Puerto Lumbreras	12.487	90,00	Alcázares, Los	12.264	100,00
Ricote	1.538	12,50			
San Javier	26.337	100,00	Total Región	1.335.804	87,21
San Pedro del Pinatar	19.666	100,00			

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



### Vigilancia de tuberculosis multirresistente en la Región de Murcia

En la Región de Murcia se aprecia una tendencia, en el periodo 2004-2006 respecto al periodo 1999-2003, al incremento en el porcentaje de resistencias en los aislamientos de Mycobacterias. En los últimos 3 años se observa un aumento de resistencias a tuberculostáticos, con una mediana de 13 (rango: 13-15) aislamientos resistentes anuales a isoniazida; 6 a estreptomocina (rango: 5-9), 4 a rifampicina (rango: 3-4), 2 a etambutol (rango 2-3). Considerando la multirresistencia, con una mediana de un caso al año (rango de 0 a 3) en el periodo 2000-2003, la MDR-TB era principalmente a isoniazida y rifampicina. En el periodo 2004-2006 esta MDR-TB, con una mediana de 3 casos (rango: 3-4) afecta principalmente a los cuatro fármacos de primera línea en el tratamiento de la tuberculosis. La vigilancia de aparición de resistencias en el tratamiento de la tuberculosis a nivel regional es importante además de ser una recomendación de la Unión Europea.

Fuente: Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología. DGSP Murcia. [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)

Tabla 12. Tipos de tratamientos bucodentales.

Tratamientos especiales autorizados	Nº	%
Reconstrucción incisivo-canino	326	62,1
Endodoncia peza permanente	125	23,8
Tratamiento pulpar incisivo-canino	49	9,3
Extracción supernumerario	10	1,9
Apicoformación	11	2,1
Pernoprefabricado Intrarradicular	4	0,8
<b>Total</b>	<b>525</b>	<b>100</b>

Fuente: Programa de salud bucodental infantil.

este periodo y comenzando quince días de antes del inicio de temporada, se toman muestras del agua de baño, con una frecuencia mínima quincenal. Paralelamente se realizan inspecciones visuales tanto del agua como de la arena, una vez a la semana. Los parámetros que se determinan en el agua son los obligatorios que establece el RD 734/88 de 1 de julio, por el que se establecen las normas de calidad de las aguas de baño. Al finalizar la temporada se aplica un tratamiento estadístico a todos los resultados obtenidos durante la misma, obteniéndose así la Calificación Sanitaria de las aguas de baño, en la que se establecen tres categorías: Aguas 2: aguas aptas para el baño, de muy buena calidad. Aguas 1: aguas aptas para el baño, de buena calidad. Aguas 0: aguas no aptas para el baño.

En el año 2006 hay censadas, a efectos de vigilancia sanitaria, 76 zonas de baño de litoral. Entre ellas, 75 son marinas y

una fluvial (río Alhárabe, Moratalla). Las muestras totales de agua tomadas durante el año 2006 en todas las zonas de baño han sido 759. Las calificaciones sanitarias obtenidas se recogen en el gráfico 6. La zona de baño fluvial "Camping La Puerta" de Moratalla, viene sufriendo un empeoramiento progresivo de la calidad de sus aguas, debido a la presencia de vertidos a lo largo de su cauce y a la escasez de lluvias de los últimos años, de manera que durante esta temporada, en esta playa ha estado prohibido el baño y ha sido sometida a vigilancia sanitaria a efectos internos. Si la situación no mejora se tiene previsto darla de baja en el censo de zonas de baño para el año 2007.

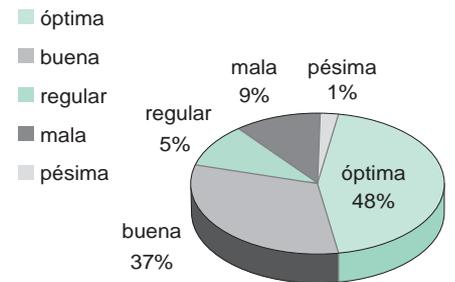
Por otro lado y con el objetivo de extremar la vigilancia sanitaria en la laguna del mar menor se realizaron determinaciones de microcistina, como parámetro indicador del nivel de eutrofización del agua, en distintos puntos representativos de la mis-

Gráfico 6. Calificación sanitaria microbiológica playas marinas 2006.



Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

Gráfico 7. Calificación área periplayera 2006.



Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

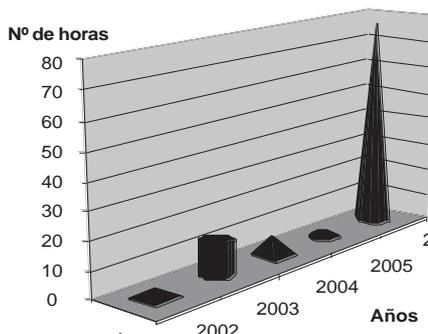
ma dando todos los resultados negativos. Finalmente esta prueba se extendió también a todas las playas de Lorca y Águilas dando igualmente valores negativos. Paralelamente al inicio de los meses de julio y agosto se valora la dotación de servicios del entorno periplayero de cada una de las zonas de baño censadas tales como señalización, salvamento, duchas, servicios higiénicos, vestuarios, acampada, papeleas, presencia de vertidos, etc.), así el área periplayera se califica como óptima, buena regular, mala y pésima (gráfico 7).

Tabla 13. Número de superaciones de los umbrales de información (180 µg/m³) y de alerta (240 µg/m³) del ozono atmosférico por año y estación.

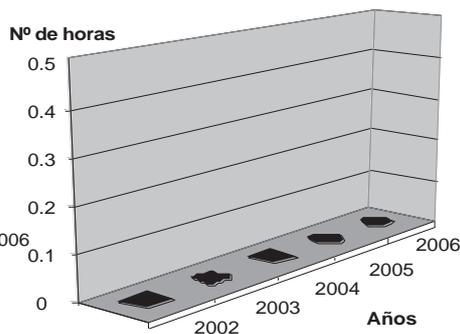
	2002	2003	Estaciones	2004	Estaciones	2005	2006	Estaciones
Umbral de información	0	13	Alcantarilla	8	Alcantarilla San Basilio	0	77	La Unión Alumbres San Basilio Alcantarilla
Umbral de alerta	0	0		0		0	0	

UMBRAL DE INFORMACIÓN

UMBRAL DE ALERTA



Número de horas en las que se superó el Umbral de Información.



Número de horas en las que se superó el Umbral de Alerta

Fuente: [www.carm.es/cmaot/calidadaire/portal/datosonline/index.jsp](http://www.carm.es/cmaot/calidadaire/portal/datosonline/index.jsp)

### Autores

Lluís Cirera Suárez (coordinador), Pedro José Bernal González, Inmaculada Castro Rodríguez, M<sup>a</sup> Carmen Cavas Martínez, M<sup>a</sup> Asunción Cháves Benito, M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López, Juan Francisco Correa Rodríguez, José Cruzado Quevedo, Josefa Durán Iniesta, M<sup>a</sup> Isabel Espín Ríos, Pilar Esteban Sánchez, Fernando Galvañ Olivares, Ana García Fulgueiras, Visitation García Ortúzar, Rocío García Pina, Diana Gavrilá Chervase, M<sup>a</sup> Elisa Gómez Campoy, Antonio Eugenio Gómez Gómez, José Joaquín Gutiérrez García, Carolina Gutiérrez Molina, M<sup>a</sup> José Herrera Díaz, M<sup>a</sup> Dolores Lázaro Agustín, José Antonio López Pina, Adelaida Lozano Polo, Carmen Navarro Sánchez, José Antonio Navarro Alonso, Jaime Jesús Pérez Martín, Francisco Pérez Riquelme, Diego Salmerón Martínez, Juan Francisco Sánchez Pérez, Carmen Santiuste de Pablos, Francisca Sintas Lozano, Félix Talavera Martínez, Emilio Torrella Cortés.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

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

Comité Editorial:  
Lluís Cirera Suárez, M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López, Juan Francisco Correa Rodríguez, Ana María García Fulgueiras, Asensio López Santiago, Carmen Navarro Sánchez, Jaime Jesús Pérez Martín, M<sup>a</sup> José Tormo Díaz.

Coordinadora de Edición:  
M<sup>a</sup> Dolores Chirlaque López  
Coordinadora Administrativa:  
Mariola Navarro Balibrea  
Suscripción: Envío Gratuito.  
Solicitudes: Servicio de Epidemiología