



Índice

Comités.
Programa.
Comunicaciones Orales.
Comunicaciones Cartel.

**BOLETÍN EXTRAORDINARIO
CONGRESO**

**I CONGRESO
DE LA SOCIEDAD MURCIANA
DE MEDICINA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA**

TRABAJANDO POR LA SALUD

COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

Eduardo González Martínez-Lacuesta
Servicios Municipales de Salud. Excmo.
Ayuntamiento de Murcia

VOCALES

Enrique Aguinaga Ontoso
Centro Tecnológico de Información y Documentación
Sanitaria
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

Rafael Gomis Cebrián
Servicio de Calidad Asistencial
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

José Jesús Guillen
Servicio de Salud Pública de Cartagena
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

José Joaquín Gutiérrez García
Servicio de Promoción y Educación para la Salud
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

José Antonio Molina Illán
Servicio de Inspección de Centros y Servicios
Sanitarios
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

José Antonio Navarro Alonso
Servicio de Prevención y Promoción de la Salud
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

Bernardino Párraga Sánchez
Servicio de Salud Pública Lorca. Consejería
de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia

Francisco Pérez Riquelme
Servicio de Promoción y Educación para la Salud
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región
de Murcia

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Carmen Navarro Sánchez
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

VOCALES

Francisco Javier Campayo Rojas
Servicio Medicina Preventiva. Hospital Reina Sofía, Murcia

María Dolores Chirlaque López
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

Rocío García Pina
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

José Jesús Guillén Pérez
Servicio de Salud Pública.
Consejería de Sanidad y Consumo, Cartagena

Maria Luisa Gutiérrez Marín
Servicio de Salud Pública.
Consejería de Sanidad y Consumo, Cartagena

Maria Teresa Martínez Ros
Unidad Docente Medicina Preventiva y Salud Pública.
Servicio Murciano de Salud, Murcia

Pedro Maset Campos
Departamento Ciencias Sociosanitarias.
Facultad de Medicina, Murcia

Joaquín Palomar Rodríguez
Servicio de Planificación.
Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

Elvira Ramos García
Departamento Ciencias Sociosanitarias.
Facultad de Medicina, Murcia

José Saura Llamas
Unidad Docente Medicina Familiar y Comunitaria.
Servicio Murciano de Salud, Murcia

Alberto Manuel Torres
Departamento Ciencias Sociosanitarias.
Facultad de Medicina, Murcia

PROGRAMA

- 08:30 Registro de Participantes
- 09:00 Inauguración Oficial
- 09:30 Conferencia Inaugural **“Desigualdades en salud desde un enfoque de género”** a cargo de Dña. María del Mar García Calvente, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
Presenta: D. José Joaquín Gutiérrez García
- 10:30 Comunicaciones Orales I
Modera: *D. José Jesús Guillén Pérez*
- 11:30 Pausa Café
- 12:00 Comunicaciones en Cartel
“Promoción de la Salud”. Modera: D. Francisco Pérez Riquelme
“Planificación y gestión”. Modera: D. Joaquín Palomar Rodríguez
“Ambiental. Tabaco”. Modera: Dña. María Dolores Chirlaque López
“Desigualdades. Transmisibles”. Modera: D. Pedro Maset Campos
- 13:00 Comunicaciones Orales II
Modera: María Luisa Gutiérrez Martín
- 14:30 Almuerzo de trabajo
- 16:30 Mesa redonda: **“Retos para la Salud Pública”**
Modera: Dña. Carmen Navarro Sánchez
- Intervienen:
- D. Miquel Porta Serra, Instituto Municipal de Investigación Médica y Universidad Autónoma de Barcelona
“Compuestos tóxicos persistentes: individuos expuestos y poblaciones expuestas”
 - Dña. Julia del Amo Valero, Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, Madrid
“¿Cómo abordar el estudio de la salud y la población inmigrante en Salud Pública?: A propósito de la salud mental”
 - D. Juan Manuel Cabasés Hita, Universidad Pública de Navarra, Pamplona
“Sostenibilidad y Financiación de la Salud Pública”
- 18:30 Conclusiones y Clausura
- 19:00 Asamblea de la Sociedad
- 20:00 Visita guiada por el centro histórico

Comunicaciones

ORALES I

Modera: *D. José Jesús Guillén Pérez*

TÍTULO: Supervivencia de cáncer de colon, recto, pulmón, mama, ovario, próstata, melanoma y linfoma de Hodgkin, Región de Murcia

AUTORES: Chirlaque MD*; Salmerón D; Navarro C

Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Introducción

Estudiar la supervivencia poblacional de ocho tumores en la región de Murcia, obteniendo resultados globales y por grupo de edad.

Material y método

Estudio poblacional realizado con tumores incidentes del registro de cáncer de Murcia. Se han seleccionado pacientes con cáncer de colon (CIE-10 C1-C19), recto (C20), pulmón (C34), mama (C50), ovario (C56), próstata (C61), melanoma de piel (C43) y linfoma de Hodgkin (C81) mayores de 14 años. Los casos incluidos son incidentes del periodo 1995-1999 seguidos hasta el 01/01/2005 teniendo en cuenta sólo el primer primario. Los indicadores de calidad incluyen porcentaje de casos sólo certificado de defunción (DCO) y censurados. El análisis se ha estratificado por grupo de edad obteniendo la supervivencia observada (SO) y relativa (SR) a los 5 años del diagnóstico y el IC-95%. Se ha utilizado un análisis de cohorte para calcular la supervivencia usando el método de Estève 1990. En el cálculo la SR ajustada por edad se ha utilizado el método de Brenner 2004, y como estándar el ICSS propuesto por Corazzari 2004.

Resultados

Se han incluido 8467 casos. El porcentaje DCO es 2,8% y el de censurados a los 5 años de seguimiento 3,1%. La SO a los 5 años del diagnóstico en cáncer de mama fue 72,8% y la SR 79,3; en colon y recto la SR 59,6 (IC 56,5-62,6) y 54,4 (IC 50,5-58,2) respectivamente; el cáncer de pulmón presenta una SO de 8,9 y una SR 10,4%; la supervivencia en cáncer de ovario no llega al 50%, en próstata es del 75%, y melanoma y L. Hodgkin están cercanas al 90%. La supervivencia disminuye con la edad, excepto en cáncer de mama en el grupo de mujeres más jóvenes (15-44) y en cáncer de próstata en hombres que se mantiene con la edad; la SR en el grupo más joven en cáncer de pulmón (14%) es más del doble que en el grupo de mayor edad (6,5%). Comparando la SR ajustada con la media de España, el cáncer de colon presenta mayor supervivencia de forma significativa y el de mama menor; los demás tumores analizados no difieren en relación con la media de española.

Conclusiones

Supervivencias a los 5 años del diagnóstico superiores o próximas al 80% se observan en mama, melanoma y linfoma de Hodgkin; el pronóstico más desfavorable lo presenta el cáncer de pulmón en personas de edad avanzada. La mayoría de los tumores presentan una supervivencia similar a la media española. Los resultados muestran la necesidad de monitorizar de forma continua la supervivencia poblacional para medir resultados en salud.

TÍTULO: Conocimientos, actitudes y comportamiento sobre tabaquismo en profesionales sanitarios de Atención Primaria Salud

AUTORES: Lozano A¹; Usera ML^{2*}; Velasco A¹; Gutiérrez JJ¹; Duran J¹

¹ Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

² Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

Introducción

El plan de medidas MPOWER de la OMS establece como intervención eficaz la monitorización de datos sobre consumo de tabaco, y en concreto estudios sobre conocimientos, actitudes y patrones de consumo de tabaco. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel en la prevención y control del tabaquismo tanto activo como pasivo.

Métodos

En 2008 se realizó un estudio transversal mediante entrevista personal a 95 profesionales sanitarios de 3 centros Atención Primaria de Salud (APS) del Área de Salud I de Murcia. Población a estudio 113 profesionales sanitarios. Tasa de respuesta 84,1%. Error muestral \pm 4,1%. Se utilizó un cuestionario elaborado "ah doc." con 39 variables sobre opiniones, actitudes, conocimientos y práctica clínica sobre tabaquismo. Se realizó evaluación cognitiva del mismo con expertos en tabaquismo y profesionales sanitarios de APS. Análisis de datos SPSS (v 15 -17).

Resultados

Un 36,8% de la muestra son profesionales de enfermería y un 43,2% de medicina, un 9,5% de pediatría, un 4,2% son matronas, un 2,1% son fisioterapeutas y un 4,2% son higienistas dentales. Un 27,4% son fumadores diarios. El porcentaje de profesionales de enfermería que son fumadores diarios es de 31,4%. En cuanto a las opiniones y actitudes, un 83,2% de los sanitarios piensa que el tabaco es muy perjudicial para la salud. Además un 89,5% de los sanitarios opinan que deben dar buen ejemplo no fumado (un 94,3% en enfermería y un 87,8% en medicina). Un 92,6% de la muestra está de acuerdo en que es responsabilidad del sanitario ayudar a su población a dejar de fumar. Un 73,7% de los encuestados reconoce que se deben implicar más en la promoción de espacios libres de tabaco. Un 93,7% opina que se debería ampliar la formación de grado en prevención y control del tabaquismo y un 47,4% expresa su necesidad de incrementar su formación en Consejo Mínimo. Un 63,2% de los sanitarios no proporciona ninguna información sobre los perjuicios del tabaco a pacientes no fumadores.

Conclusiones

1. Los profesionales sanitarios mantienen una tasa de consumo de tabaco elevada, similar a la población general, a pesar de ser conscientes del importante rol ejemplarizante
2. Es necesario desarrollar iniciativas eficaces de formación en prevención y control del tabaquismo en los Equipos de APS.
3. Se ha de incrementar la implicación de todos los sanitarios en la prevención del tabaquismo pasivo.

TÍTULO: Violencia Psíquica hacia Mujeres en Pareja: Características, Factores de Salud y Uso de Servicios Sanitarios en C. Madrid

AUTORES: Moreno-López AB^{1*}; Lasheras-Lozano ML²; Pires-Alcaide M²; Campayo-Rojas FJ¹; Ramos-Argüelles I¹; Martínez-Aedo R¹

¹ Servicio de Medicina Preventiva, HGU Reina Sofía.

² Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Introducción

La violencia psicológica es la modalidad más frecuente de maltrato en la pareja. Puede tener un impacto sobre la salud de igual o mayor magnitud que los otros tipos. No obstante, existe escasa información sobre la caracterización específica de este modo de abuso.

El objetivo de este trabajo es conocer las características de la violencia psíquica hacia las mujeres en la pareja, así como los factores de salud y la utilización de recursos sanitarios asociados en la Comunidad de Madrid en el año 2004.

Metodología

Estudio transversal en mujeres entre 18 y 70 años elegidas por muestreo aleatorio estratificado en la Comunidad de Madrid en el año 2004. La información sobre características sociodemográficas, maltrato psicológico, factores de salud y servicios sanitarios fue recogida telefónicamente mediante cuestionario validado. Las entrevistadoras fueron debidamente entrenadas para evitar sesgos en el desempeño de su trabajo.

Resultados

El 8,7% de las mujeres había sufrido maltrato psíquico por su pareja o expareja en el último año. Los grupos de edad extremos y el nivel socioeconómico y cultural bajos se relacionan con mayor prevalencia de maltrato. Las mujeres en situación de violencia presentan frecuencias más elevadas de fibromialgia y depresión, así como un consumo superior de psicofármacos y de algunos servicios sociosanitarios tales como Psiquiatría, Trabajo Social y, en menor medida, Urgencias.

Conclusiones

La violencia psicológica en la pareja se asocia con la aparición de patologías psicosociales y con un mayor uso del sistema sanitario. Dicha relación justifica la necesidad de incrementar la investigación y formación al respecto.

TÍTULO: Deterioro cognitivo leve y síntomas depresivos en la población mayor de Murcia: Estudio Ariadna

AUTORES: Hernández A ¹; Tormo MJ ^{1,2,3}; Gavrila D ^{2,3}; Navarro C ^{1,2,3}

¹ Programa doctorado Salud Pública, Universidad y Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

² Servicio de Epidemiología, Consejería Sanidad y Consumo, Murcia

³ Ciber de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Spain

Introducción

Como consecuencia del envejecimiento ha aumentado el interés por el deterioro cognitivo leve (DCL) situación diferente a la demencia y sobre la que no existe consenso. La depresión es frecuente en el anciano y puede confundirse con las primeras etapas del DCL, finalice o no en demencia. Nuestro objetivo es evaluar la asociación entre DCL y la presencia de síntomas depresivos en la población mayor de Murcia.

Material y métodos

Nos basamos en el estudio Ariadna (año 2003) sobre una muestra representativa de 1.500 mayores de 64 años del municipio de Murcia, entrevistadas con cuestionario que incluía el Minimal State Examination (MMSE) como medida del DCL y demencia así como la subescala de Goldberg sobre síntomas depresivos. Las personas con MMSE inferior a 25 (corregido por edad y nivel educativo) fueron derivadas a la Unidad de Demencias (UD) para confirmación. Una vez excluidos los casos de demencia, aquellas personas cuyo MMSE era igual o menor de 1 desviación estándar (DE) para su edad y nivel educativo fueron clasificadas como deterioro cognitivo-no demencia (DCND) y aquellas que tenían una función cognitiva normal (por encima de 1 DE) pero puntuaban más bajo en el apartado de memoria del MMSE como deterioro cognitivo leve amnésico (DCLa). La suma de ambos subtipos constituye el DCL global. Las prevalencias, sus IC 95% y las asociaciones se han estimado/probado mediante regresión logística.

Resultados

Se entrevistó a 1.074 personas (tasa de respuesta 72%); de 215 personas con MMSE inferior a 25, 158 pasaron por la UD (56 demencias y 102 sin demencia); éstas últimas, junto a las 859 con MMSE igual o mayor a 25, fueron clasificadas en 147 casos con DCND (15%) y en 88 con DCLa (9%). Alrededor de una de cada 4 personas presentó 2 o más síntomas depresivos (total 27%; DCND 40%; DCLa 24%). En el grupo del DCND predominó: sexo femenino, residencia rural y peor autopercepción del estado de salud; las personas con DCLa no presentaron diferencias con la población normal. Globalmente, la población con DCL mostró puntuaciones mayores en la escala de síntomas depresivos pero, por subtipos, esta diferencia sólo se mantuvo en el DCND.

Conclusiones

Este estudio identifica una asociación entre DCL y síntomas depresivos a expensas del DCND, manteniéndose el DCLa independiente. El diseño, que no permite establecer direccionalidad y la utilización de criterios estadísticos en vez de diagnósticos médicos en la identificación de las entidades nosológicas son las principales limitaciones.

TÍTULO: Concentraciones Urinarias de Bisfenol A y niveles hormonales y calidad seminal en varones fértiles

AUTORES: Mendiola J^{1,2}; Jørgensen N³; Andersson AM³; Liu F²; Vivero G¹; Swan SH²

¹ Grupo de Investigación en Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España; ² Department of Obstetrics and Gynecology, University of Rochester Medical Center, NY, USA;

³ University Department of Growth and Reproduction, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark.

Introducción

Estudios in vitro y experimentales han mostrado de forma consistente una actividad estrogénica del bisfenol A (BPA), un compuesto químico presente en los plásticos de amplio uso industrial y comercial. Sin embargo, escasos trabajos han estudiado la relación entre la exposición en humanos a BPA y niveles hormonales y ninguno su relación con los parámetros seminales en varones.

Material y Métodos

Todos los sujetos participaron en el estudio multicéntrico denominado "Study for Future Families" y fueron reclutados entre las parejas de mujeres embarazadas que acudían a clínicas afiliadas a hospitales universitarios de 4 estados norteamericanos entre los años 1999 y 2005. Los varones proporcionaron una muestra sanguínea y seminal, de orina y rellenaron un cuestionario general. Las concentraciones urinarias de BPA fueron analizadas en el CDC de Atlanta (Georgia, USA). Los análisis seminales se llevaron a cabo en cada centro adscrito siguiendo criterios estándar internacionales. Las hormonas FSH, LH, testosterona, inhibina B, estradiol y SHBG fueron analizadas, o calculadas [Índice de Andrógenos Libres (FAI)] en el Rigshospitalet (Copenhague, Dinamarca). Los análisis estadísticos incluyeron pruebas paramétricas y coeficientes de correlación de Pearson. Se utilizaron modelos de regresión multivariante para el ajuste por posibles factores de confusión, que en nuestro caso incluyeron: edad, Índice de Masa Corporal (IMC), tabaquismo, niveles de creatinina urinaria, tiempo de extracción sanguínea, tiempo de abstinencia sexual y grupo étnico. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 17.0.

Resultados

El número final de individuos estudiados fue de 360 varones. La media y desviación estándar de la edad e IMC fue de 32.2 (6.2) años y 28.2 (5.40) respectivamente. El 21% de los varones era fumador y el 72% de raza blanca. No se observaron asociaciones entre ninguno de los parámetros seminales y los niveles urinarios de BPA. Sin embargo, se observó una asociación inversa significativa entre los niveles urinarios de BPA y los niveles de FAI, así como también una asociación positiva significativa entre los niveles de BPA y los niveles séricos de SHBG.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que los niveles ambientales de BPA en varones fértiles podrían estar asociados con niveles atípicos de marcadores de andrógenos libres, sin embargo, los efectos sobre la función reproductiva parecen ser limitados y de incierta importancia clínica.

TÍTULO: Programa de vacunación frente al Virus del Papiloma Humano en preadolescentes de la Región de Murcia. Valoración de distintas estrategias de vacunación

AUTORES: Navarro-Alonso J¹; Bernal-González P; Pérez-Martin J; Jiménez-Guillén P; Fernández-Sáez L

Servicio de Prevención, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

Introducción

La vacuna frente al virus del papiloma humano se introdujo en las Comunidades Autónomas españolas en 2008, por consenso entre todas ellas y el Ministerio de Sanidad, para niñas de entre 11 y 14 años.

Se expone la experiencia de vacunación en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia con una población de 8.500 y 8.400 niñas de 13 años y de 14 años, respectivamente.

Métodos

Desde Marzo de 2008 se diseñaron estrategias para la captación de la población para la cohorte de 1995 mediante: envío de cartas personalizadas en base al registro regional informatizado de vacunación, charlas con directores de colegios y asociaciones de padres, seminarios con médicos y enfermeras de Atención Primaria, elaboración de dípticos y carteles y campañas específicas de publicidad en medios de comunicación. A las niñas de esta cohorte se les regaló un pin por cada una de las tres dosis de vacuna. La vacunación se llevó a cabo en los colegios a partir de Octubre de 2008 y con tres dosis de vacuna bivalente. La decisión de vacunar a la cohorte de 1994 se adoptó en Febrero de 2008, dos semanas antes de saltar a los medios de comunicación un incidente relacionado con la seguridad de la vacuna tetravalente, ocurrido en Valencia. Al no disponer de tiempo para diseñar una campaña específica de captación para esta cohorte, ya que debía de comenzar la vacunación en el mes de Abril, se decidió vacunar en los Centros de Salud y se remitió una carta personalizada a esa cohorte de niñas

Resultados

Las coberturas de la primera, segunda y tercera dosis para las niñas de la cohorte de 1995 fueron del 92.84%, 91.01% y 90.86%, respectivamente. Para las de 1994 las coberturas de la primera y segunda dosis analizadas en Septiembre fueron del 47.62% y del 44.59%, respectivamente. A la vista de la inferior cobertura respecto a la cohorte de 1995, en ese mes se diseñó una campaña de recaptación mediante envío de cartas con dípticos informativos y mensajes SMS. A mitad de febrero de 2010 las coberturas para la cohorte de 1994 han alcanzado el 61.28%, el 60.87% y el 48.49%, para la primera, segunda y tercera dosis, respectivamente.

Conclusiones

El diseño anticipado de las campañas de vacunación y la vacunación en colegios son elementos clave para alcanzar óptimas coberturas en los preadolescentes. La aparición en medios de noticias relativas a la seguridad de las vacunas puede hacer descender la aceptación de los programas de vacunación.

Comunicaciones ORALES II

Modera: *María Luisa Gutiérrez Martín*

TÍTULO: La función de prevención de la infección nosocomial en los programas formativos de especialidades médicas

AUTORES: Campayo FJ¹; Moreno AB²; Ramos-Argüelles I²; Martínez-Aredo R²; Sánchez A³;

¹ FEA. Unidad Medican Preventiva. HGU Reina Sofía. Murcia

² Residente 2º año. Unidad Medican Preventiva. HGU Reina Sofía. Murcia

³ Enfermera. Unidad Medican Preventiva. HGU Reina Sofía. Murcia

Introducción

Además de Medicina Preventiva y Salud Pública, otras especialidades médicas como Medicina Interna, Medicina Intensiva y Microbiología desarrollan actividades de vigilancia, control y prevención de la Infección Nosocomial, como evidencia de su trascendencia en la calidad asistencial y del desdibujamiento en la delimitación de funciones de las especialidades médicas en un ámbito profesional interdisciplinar. Sin embargo es necesario conocer el peso que la Infección Nosocomial tiene en los programas formativos de estas especialidades para valorar el nivel de competencias de los nuevos especialistas.

Material y Métodos

Se han revisado los programas oficiales de formación de estas especialidades, publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y vigentes en 2.010. En ellos se han identificado y comparado los contenidos explícitos relativos a tres aspectos: a) objetivos docentes sobre vigilancia, control y prevención de la Infección Nosocomial; b) conocimientos que debe adquirir el especialista en formación sobre esta materia y c) habilidades y destrezas que deben alcanzar durante su periodo de formación.

Resultados

En el Programa de Medicina Interna no aparece ninguna referencia a los aspectos revisados. El Programa de Medicina Intensiva contiene un objetivo docente y otro de conocimientos sobre Infección Nosocomial ocurrida en UCI. El Programa de Microbiología y Parasitología contiene un objetivo docente, cuatro de conocimientos y tres de habilidades y destrezas sobre Infección Nosocomial y, también, sobre infección comunitaria; elaborados de forma explícita y exhaustiva. El Programa de Medicina Preventiva y Salud Pública contiene tres objetivos docentes con una descripción general y sin la precisión y claridad con la que aparecen en los dos últimos programas. No existe referencia sobre el resto de los aspectos evaluados, aunque se describen actividades que podrían encuadrarse en el área de las habilidades y destrezas sin que se especifiquen como tales.

Conclusiones

- 1.- Las referencias sobre objetivos, contenidos teóricos, desarrollo de destrezas y habilidades relacionadas con la vigilancia, control y prevención de la Infección Nosocomial son más numerosas, completas y explícitas en el programa oficial de Microbiología y Parasitología que en el de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- 2.- El programa de Medicina Intensiva hace referencia al control y vigilancia de la Infección Nosocomial en las UCI.
- 3.- No existe ninguna referencia en el de Medicina Interna.

TÍTULO: La Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en La Región de Murcia

AUTORES: Martínez MT¹; Pérez AT²

¹ Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud

² Servicio de Formación Continuada, Docencia e Investigación, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

Introducción

Un elemento clave para la mejora de la Medicina Preventiva y la Salud Pública (MPySP) es la formación de los futuros especialistas.

Desde el inicio del programa MIR en 1979, se han formado aproximadamente 900 especialistas, siguiendo un programa docente que ha ido evolucionando a fin de adaptar la formación al campo de acción de la especialidad. La Orden SCO 1980/2005, de 6 de junio aprueba y publica el nuevo programa de la especialidad (el 4º) que se implanta en 2006, año que coincide con la acreditación de la Unidad docente de MPySP RM y la primera oferta de plazas.

Objetivo: analizar la evolución de la prueba de selección del personal médico interno residente de las convocatorias 2005 a 2008, la demanda de la especialidad de MPySP y la situación de la UD de MPySP RM.

Material y Métodos

Estudio descriptivo. Variables: plazas ofertadas, cubiertas, nacionalidad de los adjudicatarios, número de orden y especialidad elegida. Para los adjudicatarios de la UD de MPySP RM se añaden: edad, sexo, localidad de procedencia y renunciaciones.

Fuente de información: Registro Nacional de Especialistas en Formación (SIREF) y diferentes publicaciones de ámbito nacional.

Análisis descriptivo de los datos.

Resultados

Las plazas ofertadas en el examen MIR han aumentado en las últimas convocatorias (5.717 en 2005 hasta 6.797 en 2008). Las plazas cubiertas por personas extranjeras (13% en 2005 y 28,4% en 2008), también. Respecto a la especialidad de MPySP, las plazas ofertadas se han incrementado ligeramente (71 en 2005 hasta 87 en la convocatoria 2008), con un notable incremento de residentes extranjeros (12,7% en 2005 hasta 44,8% en 2008). Si consideramos las preferencias de especialidad en base al número de orden en que son elegidas, la MPySP, de un total de 47 especialidades, ha pasado de la posición 34 en 2005 a la 43 en la convocatoria 2008. La UD de MPySP de Murcia ha ofertado en este periodo un total de 13 plazas docentes, se han asignado 11, con 5 renunciaciones posteriores, y 2 vacantes. Actualmente tenemos 6 residentes, tres de primer año y tres de segundo, todas mujeres, foráneas, edad media 40 años y con número de orden superior al 6.000, excepto una inferior al 1.000.

Conclusiones

La convocatoria MIR está cambiando. La especialidad de MPySP se elige con números de orden muy altos. El perfil del residente de nuestra UD es: mujer, de mediana edad y foránea. Para los/as licenciados/as de Murcia, la MPySP no es atractiva.

TÍTULO: Programa de Fomento de la Actividad Física "Grupos 4/40"

AUTORES: Navarro-Moñino I¹*; Domínguez-Domínguez A¹; Alarcón-Nicolás MD¹; Patiño-Villena B¹; González-Martínez-Lacuesta E¹

¹ Servicios Municipales de Salud, Ayuntamiento de Murcia,

Introducción

Sólo el 34% de los murcianos realiza una actividad física (AF) recomendable, el sedentarismo es más acusado en mujeres.

Un nivel adecuado de AF se relaciona directamente con mayor bienestar físico, psíquico y social. Importantes beneficios en salud se relacionan con la disminución de factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular (HTA, hipercolesterolemia, diabetes, sobrepeso y obesidad); mejora enfermedades óseas, aumenta flexibilidad, etc. La forma más sencilla de conseguir estos beneficios es caminar.

Es un programa de Promoción de Salud que propone la constitución de grupos de personas adultas convocadas a caminar a paso ligero 4 días/semana durante 40 minutos/día, por rutas diseñadas en el entorno cercano a su domicilio.

Objetivos: 1) facilitar la práctica regular de AF en grupo; 2) fomentar adquisición de hábitos saludables; 3) desarrollar capacidades para autocuidado; 4) facilitar y fortalecer redes comunitarias.

Material y método

Grupos 4/40 surge como un programa de salud comunitaria.

1. Zonificación de barrios y pedanías, estudio de características y recursos del territorio (reuniones y/o entrevistas con personas clave para elaborar la ruta).
2. Coordinación con representantes de entidades y con los servicios municipales y sanitarios (reuniones y entrevistas para recoger sus impresiones y demandas y solicitar su colaboración).
3. Presentación pública del programa (reunión con los posibles destinatarios).
4. Recogida de inscripciones y adaptación del programa a las necesidades del grupo.
5. Constitución del grupo e inicio de las caminatas (difusión, calendarización, distribución de profesionales). Es necesario conocer las vías de transmisión de información de cada colectivo.
6. Seguimiento y evaluación continua (cuestionarios, registros, reuniones, contacto telefónico).

Resultados

Rutas/grupos: 6/8. Inscripciones: 232 (2009): 82% mujeres y 18% hombres. 80% más de 50 años; de ellos: 21% entre 50-59, 36% entre 60-69 y 23% más de 70.

Meses de actividad: 25. 98% percibe beneficios para su salud. Mejoría parámetros analíticos, ámbito social, esfera física y psicológica.

Conclusiones

Propuesta novedosa, buena imagen y excelente acogida. Buena coyuntura: apoyo de AP. Ocupación saludable del tiempo libre. Gratuito y accesible. Favorece relaciones sociales y vecinales. Posibilidades de expansión. Nivel de aceptación muy alto, permite la continuidad. Fomento de la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su salud (empoderamiento).

TÍTULO: PREEVID ¿Un Recurso de Utilidad en Medicina Preventiva y Salud Pública?

AUTORES: Aguinaga-Ontoso E*, Sánchez-Sánchez JA, Castillo-Bueno MD, Sánchez-López MC Centro Tecnológico de Documentación e Información Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.

Introducción

El servicio de preguntas clínicas basadas en la evidencia (PREEVID) comenzó a ofrecerse en el año 2004 a los profesionales sanitarios del servicio murciano de salud.

Aunque dirigido inicialmente a profesionales con práctica asistencial, se han recibido cuestiones de diversos ámbitos. El objetivo de este trabajo es describir el número y tipo de cuestiones planteadas en PREEVID que entrarían en la temática de la Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP).

Material y Métodos

Se han revisado las preguntas recibidas en PREEVID desde su comienzo, en Mayo del año 2004, hasta el 31 de enero del 2010. Además de consultar la base de datos y la estadística del servicio, para valorar si quedarían incluidas dentro de contenidos de MPySP, se ha realizado una revisión manual por los investigadores de la totalidad de las preguntas recibidas. Se elaboró un listado detallado de temas susceptibles de ser incluidos, a partir del programa oficial de la especialidad médica de MPySP. Las dudas fueron resueltas por consenso entre los cuatro investigadores. Se ha aplicado estadística descriptiva.

Resultados

Del total de 1309 preguntas recibidas en PREEVID, 295 (22,6 %) tratan sobre MPySP. Por temas son más frecuentes el control de Infecciones nosocomiales (77 preguntas), el programa de salud en la gestación (51), la epidemiología y control de transmisibles(49) y vacunas (37).

La mayor parte de las preguntas de MPySP han sido formuladas por profesionales de enfermería (41%), seguido por médicos de familia (30%) y por pediatras(5%).

Un 70 % de las preguntas recibidas de MPySP han sido incluidas en el banco; con una proporción similar al resto de preguntas. Nueve preguntas fueron recibidas como urgentes, siendo su temática relacionada con infecciones nosocomiales o control de enfermedades transmisibles.

El tiempo medio transcurrido en la contestación de las preguntas fue de 4 días en las incluidas en el banco de preguntas y de un día cuando se planteaba como urgente.

Conclusiones

- El servicio PREEVID ha recibido un 22% de preguntas que entran en la temática de la MPySP.
- Su banco de preguntas puede ser un recurso de utilidad para encontrar búsquedas actualizadas enfocadas a resolver dudas concretas de MPySP.
- Aunque ya existe una colaboración muy estrecha con varios servicios de la Consejería de Sanidad y Consumo, se podría establecer una red de asesores de especialistas en medicina preventiva y de salud pública, para la supervisión de de las respuestas ofrecidas.

TÍTULO: Esperanza de Vida al Nacer en la Región de Murcia, 2004-2007.

AUTORES: Salmerón D^{1,2}; Ballesta M^{1,2}; Cirera LI^{1,2}; Navarro C^{1,2}

¹ Servicio de Epidemiología, Dirección Gral. de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia.

² CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain

Introducción

La esperanza de vida al nacer (EV) en un periodo de tiempo y un área geográfica estima el número medio de años que un/a recién nacido/a vivirá si experimentase las tasas de mortalidad del área y periodo, en su futura vida. La esperanza de vida se relaciona con el desarrollo socioeconómico. Hasta la fecha no se dispone de información de la EV municipal en la región de Murcia (CARM).

Objetivo: calcular la EV al nacer según sexo en los 45 municipios de la CARM en el periodo 2004-2007.

Material y método

Con los Boletines Estadísticos de Defunción y de Parto de los residentes murcianos fallecidos en España, se calcula la esperanza de vida al nacer en 2004-2007, y su intervalo de confianza al 95%, por municipio y sexo por el método OMS de Chiang, mediante elaboración propia en el programa R. Con Mapinfo se plasman los resultados en la cartografía regional.

Resultados

La esperanza de vida regional fue de 76,9 años en los hombres y 83,2 en las mujeres. Los mapas no evidencian un patrón geográfico municipal. Los municipios que difieren significativamente a peor EV en los hombres fueron Lorquí, La Unión, Águilas, Jumilla y San Pedro del Pinatar; y en las mujeres aparecen San Pedro del Pinatar, Ceutí y Totana. Discusión.

En la CARM la esperanza de vida al nacer está al nivel de España (80,3 años en 2004; 80,9 en 2007); siendo en las mujeres en más de 6 años mayor a los hombres. El Estado español registra una de las mejores esperanzas de vida al nacer.

Conclusiones

La metodología y cartografía utilizada es idónea para ilustrar la EV municipal y las diferencias significativas con el promedio regional. Una EV municipal desfavorable debería aseverar su coherencia y consistencia con otros indicadores sanitarios.

TÍTULO: Nuevas Estrategias para Prevención de la Infección Nosocomial

AUTORES: Campayo FJ

Unidad Medicina Preventiva. HGU Reina Sofía. Murcia.

Introducción

En los últimos 20 años, los programas de prevención de la infección nosocomial en España, han conseguido disminuir su tasa de prevalencia en 1,5 puntos porcentuales; pasando del 8,45% en 1990, al 6,99% en 2008.

Las características demográficas y los factores de riesgo de los pacientes hospitalizados; los factores de riesgo extrínsecos a los que son sometidos durante su ingreso y las localizaciones más frecuentes en las infecciones nosocomiales sugieren la conveniencia de explorar nuevas estrategias para disminuir las tasas de prevalencia actuales.

En base al análisis de las infecciones nosocomiales, sus características y su patrón de comportamiento nos proponemos definir nuevas estrategias para disminuir la tasa de prevalencia de la infección nosocomial.

Material y Métodos

Se han revisado las características demográficas, los factores de riesgo y la localización más frecuente de la infección nosocomial en los pacientes atendidos en los hospitales participantes en el estudio de prevalencia de infección nosocomial de los hospitales españoles (EPINE) entre 1990 y 2008.

Resultados

Se ha producido un incremento de 10 años en la media de edad de los pacientes ingresados pasando de 49 años en 1990 a 59 en 2008. El grupo de edad que presenta una mayor prevalencia de infección nosocomial es el de mayores de 64 años. Los factores de riesgo intrínsecos más frecuentes han sido: Diabetes, Neoplasia, I. Renal Crónica, EPOC y Obesidad con un incremento a lo largo del periodo en todos ellos, excepto en la obesidad. Los factores de riesgo extrínsecos más frecuentes en los pacientes hospitalizados han sido: inserción de vía periférica, intervención quirúrgica y cateterismo. Las localizaciones más frecuentes de infecciones nosocomiales desde el año 2001 son, por orden de frecuencia: 1ª respiratorias; 2ª urinarias o quirúrgicas y 3ª bacteriemias.

Conclusiones

Los factores de riesgo de infección se relacionan con la edad y las enfermedades crónicas asociadas. Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las respiratorias. Las nuevas estrategias han de orientarse a la prevención primaria con la inmunización activa mediante el desarrollo de programas de vacunación de inmunodeprimidos o adultos con factores de riesgo para prevenir infecciones respiratorias y hacia el control de las condiciones ambientales en aquellas áreas en las que los pacientes, son sometidos a técnicas invasivas, mediante programas de Bioseguridad Ambiental.

TÍTULO: Contratación de Servicios de comidas a domicilio para Mayores Dependientes: Sabemos qué comen, pero ¿Les gusta?

AUTORES: González-Martínez-Lacuesta E^{1*}; Patiño-Villena B¹; López-Egea MJ²; Pérez-Ruiz R³; Navarro-Moñino I¹; Ros-Berrueto G²

¹Servicios Municipales de Salud. Concejalía de Sanidad y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Murcia;

²Grupo de Investigación (E098-02) Nutrición y Bromatología. Facultad de Veterinaria. Universidad de Murcia;

³Servicio de Ayuda a Domicilio. Concejalía de Bienestar Social. Ayuntamiento de Murcia.

Introducción

Satisfacer las necesidades de los dependientes es una prioridad para los ayuntamientos. La Ley de Dependencia incluye entre sus prestaciones el Servicio de Comidas a Domicilio (SCD). Murcia posee la tasa de discapacidad de mayores más elevada de España, previendo un aumento de la demanda de este servicio. La contratación del SCD contaba con una valoración nutricional, pero un análisis de las quejas de los usuarios, reveló deficiencias de aceptación. Dado que, mediante análisis sensorial, es posible objetivar estas apreciaciones subjetivas objeto de las quejas, se aborda el diseño y puesta en práctica de un Protocolo para añadir criterios de calidad sensorial en los pliegos.

Material y Métodos

Para desarrollar la metodología sensorial con mayores y alimentos heterogéneos, se promueve un proyecto innovador que contempla: coordinación y cooperación interinstitucional (Ayuntamiento y Universidad), intrainstitucional (salud pública y servicios sociales), multidisciplinariedad, alianzas, participación y perspectiva de género. El Protocolo incluye: 1) Pruebas de aceptación y preferencia con consumidores usuarios de Centros Sociales de Mayores (N=104); 2) Pruebas descriptivas y monitorización de la calidad con un panel semientrenado del Laboratorio de Análisis Sensorial (N=147); 3) Encuestas domiciliarias a usuarios para explorar la satisfacción y sus determinantes (N=47); 4) Análisis estadístico no paramétrico. Se realizan tres pruebas redefiniendo el método entre ellas, aplicando control del sesgo y cuestionarios específicos con técnicos sociosanitarios.

Resultados

Desarrollo de un Protocolo Metodológico de Evaluación Sensorial para SCD. Inclusión de nuevas cláusulas en los pliegos que posibilitan realizar pruebas sensoriales y atribuirle una puntuación. Tras su aplicación en la valoración de las ofertas de dos catering, ha mejorado la aceptación y las quejas han desaparecido.

Se han sistematizado las dificultades en pruebas con mayores y las soluciones apropiadas. Los platos mejor aceptados son los tradicionales de las zonas geográficas de origen.

Conclusiones

El objetivo sociosanitario del SCD, sólo se cumple si las comidas, además de seguras y nutritivas, se consumen al ser aceptadas sensorialmente. El riesgo nutricional del colectivo se minimiza al introducir atributos de calidad sensorial en los criterios de baremación de las licitaciones administrativas, como una innovación que mejora la calidad percibida. Conocer la cultura culinaria de los usuarios permite adaptar y mejorar la oferta.

TÍTULO: Brote de gastroenteritis aguda en un crucero Internacional, como hallazgo casual en una inspección

AUTORES: Marquez P^{*}; Lorente E.; Rodríguez-Bobada MJ; Belmar C; Romay A¹; Alarcó D¹; Rodríguez P¹; Carrilero A¹

Unidad de Controles Higiéxico Sanitarios Sanidad Exterior, Cartagena. Área de Sanidad Delegación de Gobierno de la Región de Murcia

Introducción

Una de las funciones en el Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno en la Región de Murcia es el control de instalaciones y medios de transporte internacional. El Reglamento Sanitario Internacional (OMS) especifica que los buques deben hacer una Declaración Marítima de Sanidad (DMS). Recientemente se han notificado 17 brotes de gastroenteritis aguda (GEA) en 3 buques de pasaje con 586 afectados y un fallecido (7122 personas embarcadas). El agente más frecuentemente aislado fue Norovirus.

Material y Métodos

Se inspeccionó un buque que previamente había remitido a Sanidad Exterior (SE) una DMS sin incidencias a bordo, pero con tres episodios de brote GEA en el último trimestre (de noviembre de 2009 a enero de 2010). Se realizó la inspección documental solicitando una nueva DMS, certificado de exención de control sanitario a bordo, listado de pasajeros y tripulantes, itinerario y libro médico. Al descubrirse un nuevo brote de GEA, se realizó también una inspección sanitaria. Se comprobó que existía un brote de GEA que afectaba a 13 pasajeros que presentaban síntomas de náuseas, vómitos, fiebre, diarrea, etc. Ante los casos recientemente declarados en otros buques, se practicaron tests rápidos de detección de Norovirus a las muestras de heces de 7 pasajeros. Dos de estas muestras fueron remitidas al laboratorio de la Consejería de Sanidad del SMS y al Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda. Asimismo se inspeccionaron las cocinas, gambuzas, la calidad del agua, temperaturas y condiciones de almacenamiento, control de limpieza de superficies, etc. Se realizó una encuesta epidemiológica de los casos y los contactos (las personas que comparten camarote con el caso).

Resultados

De los 7 tests rápidos realizados, 4 fueron positivos para Norovirus. Los tests para Salmonella llevados a cabo en el laboratorio de la Consejería de Sanidad en Cartagena fueron negativos y estamos pendientes de los realizados en Majadahonda. Los 13 pasajeros permanecieron aislados (al menos hasta 48 horas después de finalizar los síntomas). No había signos de gravedad entre los mismos. Las encuestas epidemiológicas no ofrecen datos sobre el posible foco.

Conclusiones

Se demuestra la importancia de las inspecciones sistemáticas en los buques. A pesar de la obligación de notificar a S.E. los datos que pudieran constituir un riesgo para la propagación de enfermedades a través de fronteras, no siempre se facilitan. No realizar inspecciones rutinarias, incluso con DMS negativas, supone un riesgo significativo.

TÍTULO: Control de factores de riesgo tras un Ictus en Atención Primaria.

AUTORES: Rubio-Gil E¹; Martínez-Pastor A¹; Abellán-Alemán J²; Leal-Hernández M²; López-Picazo J³; Saura-Llamas J¹; Gómez-Portela J¹

¹ Unidad docente de Medicina de Familia de Murcia.

² Cátedra de cardiovascular de Universidad Católica de Murcia.

³ Gerencia de Atención Primaria de Murcia

Las enfermedades cardiovasculares constituyen el primer gran grupo de causas de muerte en España, el control de los factores de riesgo es la medida más eficaz para disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular. Además de los factores de riesgo, el mayor indicador de riesgo de un episodio cardiovascular es haber presentado uno previamente, por ello la prevención secundaria constituye la prioridad fundamental. Hay en nuestro país pocos estudios sobre el control de los factores de riesgo después de un episodio cardiovascular y la mayoría basados en registros hospitalarios. Por eso en este estudio descriptivo sobre ictus recogidos en de Atención Primaria de la Región de Murcia y el control de los factores de riesgo después del episodio es de interés científico.

Material y métodos

Ámbito del estudio es la consulta de atención primaria la Región de Murcia, la población diana son pacientes que han sufrido un ictus del 2003 a diciembre 2007 registrados en las consultas. Se extrajo una muestra representativa de 407 pacientes. y se diseñó una base de datos con las variables: edad, sexo, obesidad, PA, fumador, datos de la última analítica con el paciente en situación estable, glucemia, colesterol, HDL, LDL. Para evaluar la calidad de la asistencia de pacientes se usaron las recomendaciones de las Guías Europeas de prevención cardiovascular.

Resultados

En 5 años se han registrado 7541 ictus, vivos a diciembre 2007 6471(85%), muertos 1070 (14%), la incidencia es de 172 en mujeres y 203 en hombres, con una prevalencia de 594 para mujeres y 701 para hombres. Edad media es de 72 años. Los hipertensos son 81%, dislipémicos 72.5%, diabéticos 69.3%, obesos 22.9%, fumadores 8%.

58.7% tiene un mal control de PA, las LDL por encima de 100 como criterio de mal control lo tiene 75.2%. El 17% de los pacientes tenían registrada hemoglobina glicosilada y con unos valores óptimos inferiores a 7.

Conclusiones

La incidencia y prevalencia del ictus en la región es mayor en el hombre que en la mujer. El mayor factor de riesgo registrado es la hipertensión. Podemos resaltar que a pesar de la importancia del control de los factores de riesgo en prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares, en Murcia es deficiente y es necesario incidir en el uso de Guías de Prevención cardiovascular para la asistencia de estos pacientes.

Comunicaciones CARTEL

“Promoción de la Salud”.

Modera: D. Francisco Pérez Riquelme

“Planificación y gestión”.

Modera: D. Joaquín Palomar Rodríguez

“Ambiental. Tabaco”.

Modera: Dña. María Dolores Chirlaque López

“Desigualdades. Transmisibles”.

Modera: D. Pedro Maset Campos

TÍTULO: Control de factores de riesgo Cardiovascular en los diabéticos Tipo II de un centro de salud

AUTORES: Romero-Roman J.R.^{1*}; Remache-Onofre T.M.¹; Sánchez-Martínez L.¹; Saburrido-Castrellón P.¹; López-Ruiz P.¹; Muñoz-Ureña A.M.²

¹ E.A.P. Los Barreros-Cartagena

² Unidad Docente MFyC Cartagena - San Javier

Introducción

Analizar el grado de control metabólico y de control arterial (PA) en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) según criterios de la ADA-2009. Valorar el impacto del control clínico determinando la prevalencia registrada de complicaciones macro y microvasculares

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo, muestreo aleatorio simple (n = 259; precisión 5% e intervalo de confianza 95%) del total de pacientes DM2 pertenecientes a 5 cupos de medicina de familia, a fecha 1/2/2009 (N = 778). Fuente de datos: historia clínica informatizada en el último control programado durante el año anterior registrando edad, género, Hba1c, presión arterial, lípidos (LDL-colesterol, HDL-colesterol y triglicéridos), tabaquismo y existencia de antiagregación. Episodios registrados de cardiopatía isquémica, infartos cerebrales, arteriopatías periféricas, nefropatía, retinopatía y neuropatía periférica. Buen control: T.A.<130/80 mmHg, Hba1c<7%, LDL-colesterol <100 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl, HDL-col >40, no fumador, IMC<25, existencia antiagregación.

Resultados

No hubo diferencias significativas respecto al género de los pacientes. La edad media fue 66.75(± 0.83). En el último año se realizó control de Hba1c al 45.1% de los pacientes, con buen control el 47%. El valor medio de Hba1c fue 7,35(± 0.99). 13% presentó un buen control de lípidos; 20.4% eran fumadores. 17.4% presentaba IMC<25 siendo el promedio de 30,32(± 0.35). 27.4% presentaba complicaciones macrovasculares: cardiopatía isquémica la complicación más frecuente (14.7%), 13.1% complicaciones microvasculares: nefropatía diabética el subgrupo preferente (4.7%). El 48.8% se antiagregó. Los pacientes CON complicaciones microvasculares tenían T.A. diastólica = 70.94±1.76; SIN complicaciones, T.A. diastólica = 75.77±0.71, p< 0.05. CON complicaciones macrovasculares, tanto la T.A. sistólica = 128 ± 1.7 como la T.A. diastólica = 72.86±1.35 era significativamente menor que en los que NO presentaban, T.A. sistólica = 135.82±1.3 y T.A. diastólica = 76.14±0.7, p< 0.05. En ambos grupos, resto de variables no presentaron diferencias significativas.

Conclusiones

El control de la totalidad de factores de riesgo en nuestros diabéticos es complejo; menos de 1/4 se encuentran controlados; menos de 1/6 presentan controles adecuados de su hiperlipemia. Menos de 1/2 se encontraban antiagregados. Elevada tasa de diabéticos fumadores. Tener complicaciones macro y microvasculares intensifica el control de la tensión arterial.

TÍTULO: Identificación de problemas para el desarrollo de la Educación para la Salud en Atención Primaria

AUTORES: Ramos-Argüelles I*¹; Gutierrez-García JJ²; Perez-Riquelme F²; Moreno-Lopez AB¹; Martínez-Aedo R¹

¹ Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Reina Sofía.

² Servicio de Promoción y Educación para la salud. Consejería de Sanidad y Consumo

Introducción

La educación para la salud (EpS) realizada por los Equipos de Atención Primaria (AP) puede mejorar la salud de la población pero, en general, no se hace con la suficiente frecuencia y correcta metodología. El objetivo del estudio es, por una parte, identificar qué problemas y necesidades encuentran los profesionales de AP de la Región de Murcia, para el desarrollo de la EpS en su ámbito de trabajo: metodológicos; de organización y normas de funcionamiento; obstáculos para llevarla a cabo, y los relacionados con su formación en esta materia y, por otro, establecer la prioridad de los mismos, de manera que constituya el punto de partida de una planificación eficaz de las acciones educativas orientadas a mejorar y preservar la salud de los ciudadanos murcianos.

Métodos

Se realiza un Estudio Delphi. Se selecciona una muestra de 46 expertos de AP, compuesta por médicos de familia, personal de enfermería, pediatras y trabajadores sociales, representativos éstos de las distintas áreas de la Región. Se envía por correo electrónico un primer cuestionario de preguntas abiertas, relativas a los objetivos de la investigación. Se realiza el análisis de las respuestas a los ítems de los cuestionarios y se elabora un segundo cuestionario de preguntas cerradas. Los resultados del análisis se remiten a los expertos y se les pide que respondan de nuevo al cuestionario. Se repite hasta conseguir el consenso. Se presentan los resultados de los dos primeros cuestionarios.

Resultados

El problema de salud más frecuentemente abordado por los profesionales de AP son las vacunaciones. El principal problema metodológico, con que los expertos se encuentran a la hora de realizar EpS es el desconocimiento por falta de formación. Priorizando también que es una gran oportunidad la de realizar EpS en este área, ya que los centros de salud permiten acceder a un gran porcentaje de población.

Para la mejora de esta función, con respecto a la organización y a las normas de funcionamiento de la AP, los expertos coinciden como actitud prioritaria con el trabajo en equipo, resultando como primera prioridad respecto a la formación, la incorporación en los planes de estudio de todos los fundamentos de educación y promoción de la salud.

Conclusiones

Este estudio permite profundizar en el análisis de la situación de la EpS en AP en la Región de Murcia, siendo de gran relevancia su aportación para el mismo, ya que identifica actuaciones prioritarias para intervenciones futuras atendiendo a criterios de eficacia.

TÍTULO: POBES (Programa Obesidad y Sobre peso): Algo más que recomendar una dieta
AUTORES: Alcahud-Carrasco F¹; Piñera-Salmerón MP; Domínguez-Domínguez A; Alarcón-Nicolás MD; González-Martínez-Lacuesta E
Servicios Municipales de Salud, Ayuntamiento de Murcia, correo-e: falcahud.salud@ayto-murcia.es

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa mundial de mortalidad. La obesidad es la segunda causa de mortalidad prematura y evitable (OMS). Las prevalencias de sobrepeso y obesidad han aumentado mucho en los últimos años. El 37,8% de personas de 18 y más años tiene sobrepeso y el 15,6% obesidad (ENSE, 2006). Esta situación viene determinada por la ingesta calórica y por la reducción de actividad física. Parte de la población atendida en cesación tabáquica aumenta de peso, presentando cifras de sobrepeso y obesidad que justifican la intervención. POBES se elabora en 2006 con la finalidad de reducir el riesgo cardiovascular (respecto a sobrepeso y obesidad). Objetivos: 1) reducir el peso un 10% manteniéndolo 1 año; 2) normalizar el perímetro de cintura.

Material y Método

Los pacientes de POBES han de cumplir los criterios de IMC superior a 25 y/o perímetro de cintura de más de 102 cm en hombres y 88 en mujeres; son derivados de la Unidad de Tabaquismo.Consulta (basada en el modelo de procesos de cambio) preventiva y asistencial, individual, con apoyo cognitivo-conductual, y visitas cada 3 semanas.

1ª visita: Historia clínica: datos personales, estudio de hábitos, datos clínicos de la exploración. Cuestionarios: de motivación, de perfil y hábitos alimentarios y test de calidad de dieta mediterránea. Se entrega registro semanal. Consejos dietéticos.

2ª visita: Análisis dietético. Informe personalizado con objetivos a conseguir, recomendaciones, dieta. Entrega de material informativo. Visitas sucesivas: Seguimiento y control. Adaptación en su caso. Alta al conseguir el normopeso.

Resultados

Pacientes: 24 (50% mujeres y 50% hombres).

A los 3 meses las pérdidas ponderales oscilan entre el 1,30% y el 12,30% del peso inicial; a los 6 meses entre 5,20% y 17,60%; al año entre el 2,20% y el 9,60%.

El 41,6% refiere haber hecho dieta en alguna ocasión, un 16,6% manifiesta que siempre está haciendo dieta y un 41,6% dice que nunca.

El 33,3% no hace ninguna actividad física diaria, el 37,5% menos de 2 horas.

Práctica de ejercicio reglado por cómputo semanal: el 66,66% ninguna y el 8,33% menos de 2 horas.

Conclusiones

Buen nivel de aceptación y demanda. Facilita el incremento de la actividad física más que el seguimiento de la dieta. Las dietas cerradas tienen peor adherencia que las adaptadas.Normalización del apetito. Oportunidad para que se adopten otros estilos de vida saludables.

TÍTULO: ¿Podemos poner en marcha programas preventivos de Obesidad en el ámbito Comunitario?

AUTORES: Soler-Torroja M*; Menargue- Puche JF; Cámara-Palop J, Monsó-Pérez-Chirinos FJ; Quiles-Rosillo A, Sánchez-Cánovas L; Pérez-Tomas RM*; Macaná-Pérez E Centro de Salud Prof. Jesús Marín / Ayuntamiento de Molina de Segura. Centro de Salud Dr. Antonio García .

Introducción

Durante 2006 el Consejo de Salud Municipal identificó la obesidad como problema de Salud prioritario. Para prevenirlo se elaboró un Programa Comunitario preventivo municipal.

Objetivos generales: -Disminuir prevalencia Obesidad, -Mejorar hábitos alimentarios, -Reducir sedentarismo.

Material y Método

Población escolar 9594 alumnos (32 Centros Educativos). Comían diariamente en 21 comedores escolares 3515 niños. El Grupo de Trabajo impulsor del programa es multiprofesional: 2 Centros de salud, Ayuntamiento, Comunidad Autónoma.

Antes de iniciar Programa se realizó valoración inicial somatométrica (septiembre-noviembre 2007) sobre 7516 escolares (3-12 años). Prevalencia sobrepeso y obesidad fue 26,9% (16'3% Obesidad) con valores similares al estudio nacional EnKid (28,1%, 14,8% de obesos).

Valoración hábitos dietéticos y ejercicio físico mediante encuesta sobre niños de 5º de primaria, utilizando cuestionario PERSEO (validado en España).

Intervenciones iniciales del Programa: modificación menús escolares. Tras identificar problemas nutricionales en menús habituales se rediseñaron y ofertaron a centros educativos nuevos menús: 30 menús variados (6 semanas), compuestos siempre por ensalada, plato único de dieta mediterránea elaborado principalmente con legumbres, pastas y arroz. Consumo diario frutas y verduras (2-3 raciones).

Se propusieron nuevos menús escolares para su aprobación por consejos escolares: 19 centros con comedor los aceptaron (90,4%). 11 centros sin comedor participan en resto de actividades (100%). Un mes después de empezar la experiencia las sorprendentes conclusiones iniciales comunes fueron: fácil adaptación al cambio y aumento en consumo de ensaladas, guisos y frutas. Durante año 2008-09 se ofrecieron a padres menús complementarios (cenas y recomendaciones para desayunos y meriendas). Actividades curso 2009-10: Educación para la salud y fomento de actividad y ejercicio físico. Finalmente curso 2010-2011: Segunda valoración antropométrica: niños 3-12 años escolarizados y valoración hábitos dietéticos y ejercicio físico. Evaluación del programa: *Evaluación cualitativa, reglada del proceso y evaluación de resultados valorando impacto sobre estudio antropométrico y hábitos dietéticos y ejercicio.

Conclusiones

* Creemos factible instaurar estos programas cuando se haga coordinando e implicando a ayuntamiento, sanitarios, educadores y padres.

* Valoramos resultados iniciales sobre hábitos nutricionales infantiles excelentes.

TÍTULO: Movilidad sostenible en la infancia: Instrumento para luchar contra la obesidad y el sedentarismo infantil en Murcia

AUTORES: Nicolás M¹; R-Salazar I^{2*}; Del Río L³; Sarabia L⁴; Titos S⁵

¹ Ayuntamiento de Murcia; ² Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; ³ Hospital JM Morales Meseguer, Murcia; ⁴ USP Dexeus, Murcia; ⁵Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

Introducción

La obesidad infantil es de un 26% en la Región de Murcia y genera problemas cardiológicos, respiratorios, endocrinológicos, ortopédicos y dermatológicos. Las causas principales son una alimentación hipercalórica y un aumento del sedentarismo (72% de la población infantil). Junto con dieta sana, higiene y descanso, la actividad física es una herramienta fundamental para atajar este problema. La planificación urbana es imprescindible para favorecer el espacio adecuado para la realización de ejercicio físico. Murcia, con el Plan de Movilidad Urbana Sostenible (PMUS) y del Plan Director de la Bicicleta (PDBM), se suma a modelos que otras ciudades españolas y europeas instauraron y demostraron eficientes. Proponemos la inclusión de propuestas específicas relativas a movilidad sostenible en la infancia.

Material y Métodos

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, LILACS, CSIC e IBECs, y revisión de planes, programas y proyectos municipales en los que la movilidad y la salud en la infancia funcionan como eje central. Los criterios para la selección de artículos y documentos fueron: exposición de contenidos concretos relativos a los beneficios de la movilidad en la infancia; descripción de planes, programas y proyectos relacionados con la movilidad en Murcia y ciudades similares en climatología y orografía; y legislación vigente en relación con seguridad vial, niños y movilidad.

Resultados

Los beneficios del ejercicio físico en el niño son: protección frente a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y del aparato locomotor, aumento de su autonomía, y mejora de su sociabilidad y participación en la vida ciudadana. Los planes PMUS y PDBM no tratan específicamente sobre las barreras físicas, legislativas y educacionales que impiden que el niño goce de un entorno favorable para su movilidad. En Europa y en diversos municipios de España existen planes eficaces de movilidad sostenible para la infancia. La climatología, geografía y orografía en Murcia son condiciones excelentes para la implantación de este nuevo concepto de ciudad para los niños.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos consideramos pertinente la inclusión de pautas específicas dirigidas a la infancia dentro del Plan de Movilidad Urbana Sostenible del Ayuntamiento de Murcia que ya se han desarrollado en otras ciudades. Estas medidas constituyen una herramienta fundamental para la disminución del porcentaje de obesidad y sedentarismo infantil en Murcia.

TÍTULO: La Cantina de un Instituto de Secundaria como entorno promotor de una alimentación saludable

AUTORES: De Santiago Restoy J. L

Departamento de Sanidad y Coordinadora del Plan de Educación para la Salud en la Escuela del IES El Bohío, Cartagena, Murcia

Introducción

El estudio forma parte de un proyecto de educación nutricional destinado al alumnado de 2º de ESO del IES el Bohío. Nos centramos en la importancia de la cantina como recurso para la promoción de hábitos alimentarios saludables.

Se aprovecha el cambio de titularidad de la cantina para modificar la oferta de productos y de este modo, mejorar los hábitos de consumo del alumnado.

Material y Método

Muestra: De los 153 alumnos de 2º de ESO del IES El Bohío participan 149 en el programa. Material: Cuestionario inicial y final sobre hábitos generales alimentarios tipo registro de 24 horas con 11 preguntas, distribuido por los tutores. Segundo cuestionario sobre el almuerzo distribuido al mes por el profesorado de Educación Física, con tres preguntas. Tercer cuestionario específico sobre la cantina, distribuido a los quince días por una alumna de enfermería que trabajaba en la cantina, con una pregunta. Análisis de resultados: con el programa SPSS 17,00 se hicieron tres bases de datos, cada una correspondiente a un cuestionario. Se cruzaron los resultados de variables comunes de cada cuestionario y se hicieron tablas con los porcentajes. Se calculó la χ^2 para valorar la significación de las diferencias de porcentajes de respuesta en cada variable del almuerzo.

Resultados

Se valoró la diferencia en la venta de bocadillos, panadería industrial, aperitivos salados y chucherías en la cantina antes y después del programa y del cambio de titularidad. El consumo de bocadillos pasa de 0% al 20% ($p < 0,001$). En aperitivos salados del 6% al 11% ($p < 0,05$). En panadería industrial del 42% al 28% ($p < 0,001$) y en chucherías, del 35% al 6% ($p < 0,001$).

Se apreció una diferencia considerable entre las respuestas afirmativas al consumo de golosinas dadas al tutor, al profesorado de Educación Física y a la alumna de enfermería: 2,7%, 16%, y 35% respectivamente ($p < 0,001$)

Conclusiones

Hay gran diferencia entre el consumo de bocadillos, panadería, aperitivos salados y chucherías entre el principio y el final del programa. La oferta de bocadillos actúa en detrimento del consumo de panadería industrial. Por otro lado, la disminución de oferta de chucherías aumenta el consumo de aperitivos salados, lo cual debe servirnos como reflexión para continuar con el programa en cursos posteriores. Se aprecia la importancia del encuestador a la hora de obtener respuestas adaptadas a la realidad.

TÍTULO: Programa Paciente Experto Obesidad Región de Murcia

AUTORES: Serrano Gil M.

Fundación Educación Salud y Sociedad

Introducción

Dos de cada tres personas de la Región de Murcia, padecen sobrepeso u obesidad. La obesidad se ha relacionado con muchas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, dislipemias, artrosis de rodilla) y se tiende a considerar como un factor de riesgo de enfermedad de mayor importancia que el tabaquismo.

El Apoyo al Autocuidado es recomendado como el pilar clave del Nuevo Modelo de Cuidados Crónicos propuesto por la OMS. El papel del paciente experto como proveedor de salud, actuando como educador en programas de autocuidado ha sido objeto de numerosas publicaciones.

No hay datos de la sostenibilidad de programas de autocuidado, ya que éstos suelen autolimitarse a un número de semanas que suele oscilar hasta un máximo de dos meses, lo que hace discutible la eficacia de los mismos a largo plazo.

Objetivo de la intervención: Evaluación de un Programa de Apoyo al Autocuidado en pacientes con obesidad o sobrepeso basado en sesiones grupales semanales, después de un año de seguimiento; valoración de resultados en salud y de criterios RE-AIM del programa (alcance, eficacia, adopción, implementación, mantenimiento)

Metodología

La intervención se basó en unos protocolos desarrollados por la Red de Apoyo al Autocuidado (www.globalalliancesms.org) y adaptados del Programa de Autocuidado para Enfermedades Crónicas de la Universidad de Stanford. Las sesiones de una hora de duración, fueron impartidas de forma ininterrumpida, salvo fechas vacacionales, por pacientes previamente entrenados en habilidades de entrevista motivacional y de manejo de grupos.

Resultados

Desde febrero a diciembre de 2009 participaron en el programa 220 pacientes, (95 en junio de 2009) con una asistencia entre el 70-100%. 56 pacientes consiguieron perder entre 15 y 20 kilos de peso en junio de 2009 y mantener el peso después de seis meses. Esto supuso que el 100% de los pacientes diabéticos vieran reducida o suspendida su medicación, y en algunos casos, también otros tratamientos, para la hipertensión, dislipemia, analgésicos, etc.

Conclusiones

El Apoyo al Autocuidado en pacientes con obesidad puede resultar en un ahorro importante para el sistema sanitario y es necesario realizar estudios de cohortes más amplios para valorar sostenibilidad y eficiencia a largo plazo.

Más información y testimonios en: www.youtube.com/pacienteexperto

TÍTULO: Hábito tabáquico en la población diabética de una zona de salud

AUTORES: Remache-Onofre T.M¹; Romero-Román J.R.*¹; López-Ruiz P.; Saburrido-Castrellón P.; Sánchez-Martínez L.; Muñoz-Ureña A.M.²

¹ Centro de Salud Los Barreros

² Unidad Docente MFyC Cartagena - San Javier. Gerencia Area 2 Servicio Murciano de Salud

Introducción

Conocer la prevalencia de diabéticos fumadores en una zona de salud. Determinar el grado de relación existente entre las complicaciones macro y microvasculares y el hábito tabáquico, así como su relación con la presencia de otros factores de riesgo asociados.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizándose un muestro aleatorio simple (n = 259 ; precisión del 5% e intervalo de confianza del 95%) del total de pacientes diabéticos tipo 2 pertenecientes a cinco cupos de medicina de familia a fecha de 1 de febrero de 2009(N = 778). Se obtuvieron datos de la historia clínica informatizada en el último control programado durante el año anterior registrando si el paciente fumaba o no así como episodios registrados de complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, infarto cerebrales, arteriopatías periféricas) y microvasculares (nefropatía, retinopatía y neuropatía periférica).

Consideramos factores de riesgo asociadas a los diabéticos fumadores la coexistencia de obesidad (I.M.C. > 30) HTA o dislipemia.

Resultados

El 20,4%(47 casos) de la muestra eran fumadores activos. El 80,9%(38) de los fumadores eran varones, p<0,001. La edad media de los sujetos fumadores era de 57,09 (± 2,06) y la edad de los no fumadores de 67,76 (± 0,86), p < 0,001; la edad media de los fumadores varones era de 59,66 años (± 2,3 años) y la de las mujeres 49,62 (± 2,36) p < 0,05).16,1%(5 casos) de los pacientes con complicaciones microvasculares (n=31) eran fumadores. 16,7 % (11 casos), de los que presentaban complicaciones macrovasculares(n=66) eran fumadores.

Los diabéticos con 3 factores de riesgo asociados (hipertensión, obesidad e hiperlipemia) son fumadores el 100% (4 casos). En el resto de grupos con menos factores de riesgo añadido siempre predominaban los diabéticos no fumadores, p < 0,001.

Conclusiones

Uno de cada cinco diabéticos es fumador activo. Los fumadores son mayoritariamente varones aunque la edad de las mujeres es sensiblemente menor siendo éstas fumadoras más jóvenes. Proporcionalmente son similares el número de fumadores con complicaciones macro y microvasculares. El tabaco en los diabéticos está relacionado con el mayor número de factores de riesgo asociados.

TÍTULO: Evolución del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia.

AUTORES: Fernández Puerta MF*; Espin MI; Lopez Tormos F, Martínez Rodríguez E, Navarro JA.

Consejería Sanidad y Consumo de la Región de Murcia

Introducción

La finalidad del Programa de Salud Bucodental Infantil es prevenir la caries y otras enfermedades bucodentales en la población infantil.

En el 2003 se inició el Programa abarcando las cohortes de edad de niños de 6 y 7 años, posteriormente fueron incorporándose otros grupos de edad y en el año 2010 se oferta a la población de 6 a 14 años, que es la población diana.

El objetivo de este trabajo es presentar la evolución de la cobertura poblacional y de las prestaciones del Programa.

Material Y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo de la evolución del Programa de Salud Bucodental.

El Programa contempla dos aspectos: intervenciones preventivas y restauradoras. El análisis de los resultados se ha realizado para los primeros años estudiando las evaluaciones realizadas ad hoc y para los dos últimos años mediante la explotación del programa informático Bucosan. El estudio abarca los años de los que se dispone de información más homogénea, que son desde el 2004 al 2009.

Resultados

La cobertura poblacional se sitúa entre 50-55%. En el 2004 la población atendida fue de 22.872 y en el 2009 de 68.209 niños. Se observa un predominio de atención en consultas privadas frente a las públicas (84,7% y 15,3% respectivamente). Al valorar la cobertura por grupos de edad, la cohorte de 6 años son los que acuden menos (43%), manteniéndose más o menos estable para el resto de grupos de edad (48.5% - 60%).

El porcentaje de tratamientos básicos efectuados varía a lo largo del periodo 2004- 2009: aplicación de flúor (77.6 – 76 %), examen bucal (93.5 – 70%), sellado de fisuras (33.2 – 38%), obturaciones (10 – 19%), exodoncias (5 – 17%), limpieza bucal (3.7 – 7%). Sin embargo, los tratamientos especiales han aumentado progresivamente, según lo esperado, conforme se incrementa la edad de los niños que integran el Programa, de 144 tratamientos en el 2004 a 3.285 en el 2009.

En la atención de pacientes especiales (niños tratados con anestesia no convencional) se ha logrado muchas mejoras en las prestaciones y se ha incrementado número de niños atendidos.

Conclusiones

- El Programa de Salud Bucodental mantiene una cobertura estable a lo largo de los años, similar a la de otras comunidades autónomas españolas. No parece que dicha cobertura pueda incrementarse, debido a distintos condicionantes.

- La atención de niños en consultas privadas es mayoritaria frente a las públicas (Unidades de Salud Bucodental).

- La atención a pacientes especiales va mejorando progresivamente.

TÍTULO: Claves para la sostenibilidad de un Programa de Tabaquismo

AUTORES: Domínguez-Domínguez A*; Alarcón-Nicolás MD; Alcahud-Garrasco F; Pérez-Gomariz, G; González-Martínez-Lacuesta E

Servicios Municipales de Salud, Ayuntamiento de Murcia,

Introducción

El tabaco es la segunda causa de mortalidad mundial. Ocupa el cuarto lugar entre los factores de riesgo de enfermedad más comunes, siendo el primero para enfermedad cardiovascular. En nuestro medio es la primera causa de morbimortalidad evitable.

La prevalencia de consumo diario de tabaco según el PND (2007) en población de 16 a 64 años es del 29,6%. En la Región de Murcia es del 28,8%.

Existen numerosas medidas costoeficaces para el control del tabaco que pueden aplicarse en distintos contextos. Las más eficientes son las políticas públicas dirigidas a la población en general (legislación que regula la prohibición del consumo de tabaco en determinados entornos, el precio, regulación de la publicidad, etc.). Es un objetivo prioritario en prevención y Promoción de Salud disminuir la prevalencia de tabaquismo. En 1998 se elabora el Programa (multicomponente) de Intervención en Tabaquismo.

Material y Métodos

El Programa de Tabaquismo surge como programa de salud laboral: 1) ofrecer deshabituación a trabajadores y convivientes (primera actividad grupal y posterior consulta médica individualizada; soporte farmacológico, apoyo cognitivo-conductual); 2) lograr un espacio laboral libre de humo de tabaco. (3 campañas con diferentes mensajes: informativo, facilitador, persuasivo-normativo).

Incorporación de nuevos elementos: a) Colaboración en la formación de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (programa docente); b) formación a profesionales sanitarios (colaboración en el diseño, impartición de teoría y prácticas en consulta); c) inclusión pacientes derivados de AP con patologías relacionadas con el tabaquismo, trabajadores de las administraciones sanitaria y educativa (remisión por médico de AP en hoja de interconsulta); d) actividades para población general (campañas en mobiliario urbano, edición materiales informativos); e) programas preventivos comunidad educativa (aplicación programas y talleres).

Resultados

Pacientes/año: 250 (media 14 consultas/paciente). Grupos/año: 15. MIR: 12-15/año.

Acciones formativas a otros colectivos: 10 h. teóricas y 86 h. prácticas. Población general: 1 campaña/año. Campaña de salud Día mundial sin tabaco. Ámbito educativo: 7.000 escolares/año; 275 docentes/año.

Conclusiones

Aseguran la sostenibilidad: a) incorporación de nuevos colectivos, b) retroalimentación por admisión de recaídas, c) liderazgo bien definido, d) colaboración interinstitucional, e) garantía de estabilidad en la financiación, f) compromisos mediante acuerdos y convenios.

TÍTULO: El Infarto, la Ley y los Espacios Sin Humo en Murcia
AUTORES: Ibañez MC.; Forcada O.; Cayuela JM.; Hernando L
Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo

Introducción

En algunas publicaciones se comunica un declive de la incidencia de infartos miocárdicos (IAM) tras regular el consumo de tabaco. En nuestro medio, parece haberse observado en Barcelona tras la promulgación de la Ley 28/2005, pero con un periodo corto de seguimiento (2004-06). Analizamos la situación en la Región de Murcia (RM) entre los años 2002-08.

Material y Métodos

Tipo: descriptivo. Población: Altas producidas en todos los hospitales públicos de la RM y en los hospitales privados financiadas por el SMS. Fuente de los casos: Registro del CMBD. Criterios de inclusión: Altas con ingreso urgente, diagnóstico principal 410.xx (IAM según la CIE9-MC) y que no sean episodios de atención subsiguientes (5º dígito ≠ 2) en residentes en la RM. Periodo del estudio: Años 2002-08.

Tasas crudas por 1.000 habitantes elaboradas con la población a mitad de cada año calculada por interpolación aritmética. (Padrón continuo. CRE). Estandarización: método directo, estándar: Murcia, 2005.

Resultados

En el periodo de estudio se identificaron 12.029 episodios de IAM, se eliminaron secuencialmente: 446 episodios de no residentes o desconocidos, 329 de no financiados por el SMS, 882 por ingreso programado, 313 por traslados entre hospitales, 107 por ser códigos 410.x2, en total 2.077 (17,3%).

En hombres, la tasa estandarizada oscila entre 1,48 (2002) y 1,38 (2008), se observa una tendencia decreciente con picos en 2003 y 2008, aumenta la incidencia en función de la edad y hay una tendencia similar a la global. En mujeres, la tasa estandarizada oscila entre 0,87 (2002) y 0,70 (2008), mantiene una tendencia decreciente que se rompe en los 2 últimos años, por edad el patrón es similar al anterior.

Conclusiones

En la RM entre los años 2002 y 2008 la tasa de IAM es descendente y no parece haberse afectado por la Ley antitabaco en vigor desde enero de 2006.

De igual manera el consumo de tabaco en cajetillas (M Economía y Hacienda) muestra una tendencia estacionaria con un descenso en 2009, patrón distinto al catalán y español que disminuían desde 2006.

El repunte de incidencia del año 2008 puede deberse a: la generalización de nuevas técnicas analíticas que diagnostican infartos que podían pasar desapercibidos y a la norma de codificación (en vigor en 2008) que remite los síndromes coronarios agudos (con/sin elevación del ST) a los códigos 410, cuando antes los remitía a los 411. Estos hechos han de ser tenidos en cuenta en estudios posteriores.

Agradecimientos: a J Chiner, J Rodenas y M Villegas.

TÍTULO: Influencia de un Concurso para dejar de fumar "Quit And Win" En Colectivos Modélicos

AUTORES: Lozano-Polo A ^{1*}; Velasco A ¹; Usera ML²; Gutiérrez JJ¹; Duran J¹

¹ Servicio de Promoción y Educación para la Salud, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

² Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

Introducción

Se han de dirigir acciones a sanitarios y docentes, modelos influyentes por su rol, para disminuir su prevalencia tabáquica e incrementar su implicación en la prevención del tabaquismo. En 2008 la Región de Murcia desarrolló la 3ª edición de Quit and Win (Déjalo y Gana Murcia), dirigida a población general, sanitarios y docentes.

Déjalo y Gana es una intervención comunitaria que pretende promover el abandono del tabaco. El Programa consiste en organizar un concurso donde los participantes permanezcan sin fumar 4 semanas, tras las cuales se comprueba la abstinencia de aquellos que optan a premios. A diferencia de otras Comunidades Autónomas participantes, en Murcia se han ofrecido 2 premios específicos para sanitarios y uno para docentes, para incrementar su participación.

Material y Métodos

Al año del Concurso se evaluó la abstinencia tabáquica mantenida y puntual, mediante cuestionario validado, vía telefónica, a una muestra de 367 participantes seleccionados aleatoriamente (31 sanitarios, 18 docentes y 318 otras profesiones).

Estudio transversal descriptivo. Base datos y tratamiento estadístico (SPSS-15)

Resultados

Participaron 1339 personas mayores de 18 años (Tasa participación en Murcia: 0,0039, Media nacional en 2006: 0,0013), de las cuales 97 eran sanitarios (Tasa participación: 0,033) y 66 docentes (Tasa participación: 0,010).

Durante el concurso dejó de fumar un 73,3% de sanitarios, un 82,4% de docentes y un 71,6% del resto de participantes.

Al año la abstinencia mantenida fue de un 20,0% en sanitarios, un 35,3% en docentes y un 20,6%, en otros concursantes. Y la abstinencia puntual al año se sitúa en un 25,8% en sanitarios, un 38,9% en docentes y un 24,8% en el resto de participantes.

El 90,3% de sanitarios, el 77,8% de docentes y el 73,3% de los demás participantes refirieron que Déjalo y Gana les ayudó a dejar de fumar.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

1. Déjalo y Gana Murcia ha conseguido captar la atención de los colectivos modélicos
2. Los sanitarios son el colectivo que considera en mayor medida que el Concurso les ayudó a dejar de fumar
3. Las tasas de participación han sido elevadas respecto a la media de España, siendo superior en los colectivos modélicos. (Sanitarios: 0,033, Docentes: 0,010).

TÍTULO: Evolución de los Trihalometanos en agua de consumo humano en los Municipios del Área de Salud Pública de Cartagena.

AUTORES: Jiménez-Rodríguez A.M.; Ros-Bullón M.R.; Amor-García M.J.; Rodríguez-Gutiérrez E.; Pérez-Armengol M.J.; Cervantes-Alcobas J.J.; Martínez-Martínez M.J.; Guillén-Pérez J.J.*

Servicio de Salud Pública del Área de Cartagena. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Introducción

Los Trihalometanos (THM) en agua de consumo humano aparecen como subproductos del proceso de desinfección. En los últimos años diversos estudios epidemiológicos han evaluado la asociación entre la exposición a subproductos de la cloración y efectos sobre la salud humana.

Tras la entrada en vigor del R.D. 140/2003, se establece la obligatoriedad de la introducción de todos los datos analíticos realizados en el Sistema Nacional de Aguas de Consumo (SINAC) del Ministerio de Sanidad y Consumo. En la actualidad hay dos procedencias en el agua suministrada en los municipios del Área de Salud, una es el agua del Trasvase Tajo-Segura y la otra suministrada desde las desaladoras existentes.

El estudio trata de evidenciar la evolución del parámetro Trihalometanos en el agua de consumo humano desde el año 2005-2009 en los municipios de Cartagena, La Unión, Mazarrón, Fuente Álamo, Torre Pacheco, Los Alcázares, San Javier y San Pedro del Pinatar, así como analizar el efecto de la introducción de agua desalada en la disminución de los niveles de este parámetro.

Material y Métodos

Como fuente para la obtención de los valores de dicho parámetro se ha utilizado los datos introducidos en el SINAC de las redes de distribución de dichos municipios.

Se ha realizado la media de los valores de THM en los distintos municipios, así como en su conjunto

Resultados

Se observa como se produce un descenso en el valor medio desde el año 2005 (76.45 µg/L.) hasta el año 2008 (12.64 µg/L.), estabilizándose y sufriendo un ligero aumento en el año 2009 (27.42 µg/L.). No existen diferencias estadísticamente significativas (p=0.08) entre los años 2008 y 2009 aunque sí entre los años 2005 y 2008 (p<0.001).

Conclusiones

Este descenso se explica debido al incremento de la proporción de agua desalada en estos municipios, ya que en el año 2005 comenzó a funcionar la primera desaladora del Área, incorporándose sucesivamente hasta el año 2008 que comenzó a funcionar la última.

TÍTULO: El ejercicio físico modera las influencias genéticas y ambientales en el Índice de Masa Corporal de mujeres adultas

AUTORES: Ordoñana JR¹; Pérez-Riquelme F²; Sánchez-Romera JF¹; Colodro L¹; Tornero MJ¹; Pérez-Valera S¹; Rebollo-Mesa I³

¹ Registro de Gemelos de Murcia. Área de Psicobiología. Universidad de Murcia. ordoñana@um.es

² Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo (Murcia)

³ Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College of London (UK)

Introducción

Diversos factores ambientales pueden tener una influencia directa sobre el Índice de Masa Corporal (IMC), o bien pueden interactuar con factores genéticos o modificar su efecto sobre este indicador. Recientemente, se ha informado de un efecto moderador de la actividad física en el grado de influencia genética sobre el IMC en jóvenes (Mustelin, L. et al., 2009, Int J Obesity, 33, 29-36). Nuestro objetivo es analizar el papel moderador de la actividad física sobre el efecto de las influencias genéticas y ambientales en las diferencias individuales sobre el IMC de mujeres adultas.

Material y Métodos

La muestra está compuesta por 425 pares de gemelas (200 MZ y 225 DZ). La edad media es de 51.46 (Rango: 41-67; SD: 7.7). Los datos sobre altura, peso y actividad física fueron obtenidos mediante auto-informe. Se aplica el diseño clásico de estudios de gemelos para estimar la contribución relativa de factores genéticos y ambientales a la variación inter-individual del IMC. Se ha utilizado un modelo GxE para estimar los efectos moderadores de la actividad física en los componentes de la varianza.

Resultados

El IMC medio de la muestra es 25.7 (Rango: 16.37 – 48.44; SD: 4.4). La mayor parte de la muestra no practicaba ejercicio físico (64.9%), un 20.3% lo hacía 1-3 veces por semana, y un 14.8% hacia ejercicio 4 o más veces por semana en su tiempo libre. El efecto principal del ejercicio físico no llegó a alcanzar significación (p = .708). Las correlaciones para el IMC fueron .74 para las gemelas MZ y .29 para las DZ. La cantidad de ejercicio físico mostró efectos de moderación significativos sobre la varianza genética, pero no sobre los componentes ambientales. El modelo final incluyó componentes de varianza genéticos (a = 3.722) y de ambiente no compartido (e = 1.463), así como un efecto moderador sobre los primeros (a = - 0.403). La heredabilidad del IMC entre mujeres que no practicaban ningún tipo de ejercicio era de .86, mientras que para aquellas que lo hacían 4 o más veces por semana desciende hasta .79.

Conclusiones

Nuestros resultados confirman el efecto moderador de la actividad física sobre el IMC. El impacto de las diferencias genéticas sobre el IMC parece ser amortiguado por un incremento en los niveles de ejercicio físico.

TÍTULO: Resultados del Programa para la Prevención del Cáncer de Mama. Situación respecto a otros Programas a nivel nacional

AUTORES: Castro-Rodríguez I; Pérez-Riquelme F*.

Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia

Introducción

El programa de cribado del cáncer de mama tiene por objetivos la reducción de la mortalidad por esta causa en la población a la que va dirigido. La monitorización de resultados de forma periódica es esencial para asegurar el impacto requerido sobre la salud.

Objetivos: 1º Calcular los principales indicadores epidemiológicos de actividad y resultados del bienio 2007-08

2º Situar dichos indicadores respecto a los obtenidos para el conjunto de programas de cribado a nivel nacional para el año 2007.

Material y métodos

Estudio descriptivo longitudinal, periodo de estudio: bienio 2007-2008. Población de estudio: 121.592 mujeres bien citadas para participar en el cribado del cáncer de mama. Criterios de inclusión: edad 50 a 69 años, residentes en la Región, con tarjeta sanitaria y domicilio conocido. Criterios de exclusión: enfermedad mamaria previa, invalidez, mastectomizadas, abandono voluntario. Variables de estudio: participación en el programa: sí o no, realización de estudios complementarios: sí o no, detección de cáncer: sí o no, metástasis ganglionares: sí o no. Análisis estadístico: cálculo de frecuencias absolutas y relativas y tasas de participación, estudios complementarios, detección de cáncer, carcinomas invasivos con diámetro tumoral menor o igual a 10 y tasa de cánceres con metástasis ganglionares. Así mismo se exponen las tasas correspondientes obtenidas para el conjunto de programas de cribado de las distintas CCAA durante el año 2007.

Resultados

Durante el bienio 2007-08 se han citado un total de 121.592 mujeres para realizar la mamografía de cribado, de las cuales han asistido un total de 86.859 lo que supone una tasa de participación del 71,43 % (tasa nacional 67%). De las mujeres que participaron se citaron nuevamente para realizar estudios complementarios un total de 3.376 mujeres lo que supone una tasa de 3,88% (estándar menor del 5%). Se detectaron un total de 292 cánceres con una tasa de detección del 3,36 ‰ mujeres cribadas (tasa nacional: 3,4 ‰), de los cuales 48 eran tumores invasivos con diámetro menor o igual a 10mm lo que supone una tasa de 19% (tasa nacional 29%), y 202 casos un 71,88% del total no presentaban metástasis ganglionares (tasa nacional: 67,1%).

Conclusión

El programa se ha desarrollado con normalidad y de acuerdo a lo esperable respecto al resto de programas de cribado a nivel nacional, excepto para la detección de tumores pequeños en que se muestra una diferencia del 10%.

TÍTULO: Estimación del Coste Hospitalario generado por las Enfermedades Raras en la Región de Murcia, 2002-2007.

AUTORES: León-León J*; Ibáñez-Pérez MC; Cayuela-Fuentes JM; Palomar-Rodríguez JA. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

Introducción

Las enfermedades raras (ER) están constituidas por un conjunto de patologías muy diversas y con una baja prevalencia, lo que hace que la información y la investigación sobre ellas sean escasas. El objetivo de este trabajo es realizar una estimación del coste económico que supone la asistencia hospitalaria a pacientes ingresados por ER en la Región de Murcia, analizando los costes de los principales grupos de enfermedades.

Material y Métodos

Periodo de estudio: 2002-2007.

Fuente de los sujetos: Registro Regional del CMDB-AH.

Definición de caso: Episodios de alta hospitalaria de personas residentes en la Región de Murcia con diagnóstico principal de ER. Los códigos diagnósticos se han tomado de los listados de la CIE9-MC elaborados por REPIER.

Método: se le asigna a cada alta un Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD), con el agrupador All Patient correspondiente a ese año. El coste se obtiene en base a los pesos estatales y los costes medios españoles estimados por el Ministerio. Como marco de referencia para todo el análisis se ha estimado el coste del total de altas de la Región.

Resultados

El coste de las altas hospitalarias con diagnóstico principal de ER ha sido de 45,08 millones de euros en el período, con un coste por alta de 3.729 euros y un coste por estancia de 406 euros. Las ER de la sangre son las que suponen un mayor coste (22,60 % del total), seguidas de las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos (17,35 %) y de las enfermedades del aparato digestivo (16,79 %). Si descendemos hasta el nivel de GRD se observa una gran concentración (doce GRD suponen más del 50 % del coste de las ER), destacando la enfermedad inflamatoria intestinal (9,74 % del coste) y los trastornos del sistema reticuloendotelial e inmunitario con complicación (9,60 %).

En cuanto al coste por alta destacan los trastornos mentales (8.731 euros) y las enfermedades del aparato genitourinario (7.839 euros), mientras que las enfermedades endocrinas, metabólicas y de la inmunidad (3.313 euros) y las del sistema nervioso y de los sentidos (3.333 euros) son las que tienen un menor coste.

Conclusiones

El coste por alta para las ER es superior al de total de altas (3.729 frente a 3.268 euros), dándose además esta situación en ocho de los diez capítulos de la CIE9-MC analizados. Las mayores diferencias se producen en las enfermedades del aparato genitourinario y en los trastornos mentales.

TÍTULO: ¿Y tú de quién eres? Padrón Vs Base de datos Poblacional

AUTORES: Cayuela-Fuentes J*; Arizo-Luque V; Hernando-Arizaleta L.; Mendaña-Cubero M. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia.

Introducción

Con el desarrollo de los Servicios de Salud (SS) de las CC AA surge el conflicto en la selección del mejor denominador de los indicadores poblacionales. En la Región de Murcia (RM) las dos fuentes existentes son: el padrón continuo de habitantes y la base de datos poblacional (BDP) del Servicio Murciano de Salud (SMS). En esta situación se plantea la elección de una u otra fuente de información a la hora de establecer indicadores poblacionales para uso interno, en comparaciones territoriales e incluso para el muestreo de encuestas poblacionales. La principal ventaja del Padrón continuo es su exhaustividad, y la de la BDP su agilidad. Así pues, se plantea en este trabajo la comparación de ambas fuentes en los últimos cinco años disponibles.

Material y Métodos

Tipo de Estudio: Descriptivo, retrospectivo.

Periodo de Estudio: 2005-2009

Fuentes de la información: Padrón continuo a 1 de enero de cada año (INE) y Bases de Datos de Población protegida a 31 de diciembre de 2004 a 2008 para España (Ministerio de Sanidad y Política Social) y para la RM (SMS).

Hecho a estudio: Concordancia entre ambas fuentes de información.

Resultados

Según el padrón, la RM en 2009 tenía 1.446.520 habitantes, 7,65% de aumento en el período (46.745.807hab; 5,64% en España). En este año, la BDP de Murcia registró unos 2,14% menos habitantes (1,11% en España). En la RM, en el periodo considerado, existe un acercamiento entre las dos cifras, no así en España. De manera consistente, el padrón registra más hombres que mujeres, disminuyendo las diferencias con el paso de los años en el caso de la RM. En contra de lo esperado, los mayores de 75 años es el único grupo que está sobrerrepresentado en la BDP en todo periodo: en 2009, -10,67% en la RM y -2,17 en España. Para la RM, por grupos de edad, el año 2006 es el que presenta un patrón más atípico, siendo el 2008 en España.

Conclusiones

La consulta en tiempo real/interconexión del padrón, BDP y los registros civiles, crearía mayor consistencia entre las fuentes y por tanto un mayor acercamiento a la realidad.

Para seleccionar un denominador poblacional/base para el muestreo deberíamos valorar, al margen del objetivo del estudio, las particularidades de cada fuente, teniendo en consideración lo anteriormente expuesto.

TÍTULO: Algoritmo de decisión del Sistema de Información sobre enfermedades raras de la Región de Murcia.

AUTORES: Arizo-Luque V¹; Titos-Gil S¹; Palomar-Rodríguez JA¹; Forcada-Navarro O¹

¹ Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia.

Introducción

Las Enfermedades Raras (ER), aunque infrecuentes (definidas en la Unión Europea como aquellas con una prevalencia inferior a 5/10.000 habitantes), suponen un gran reto para las Administraciones Públicas, puesto que afectan a un 5-8% de los ciudadanos europeos. Por ello, y siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud y el mandato de la Asamblea Regional de Murcia se crea, por Orden de 16 de diciembre de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo (BORM nº 5, de 8 de enero del 2010), el fichero Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia (SIERrm). El objetivo del presente trabajo es la validación de un algoritmo de decisión para la incorporación de casos al SIERrm.

Material y Métodos

Periodo de estudio: 2008

Fuente de información: Conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMDB-AH)

Definición de caso: Individuo con residencia en la Región de Murcia (RM) y con uno de los 105 códigos seleccionados de ER. Cada uno de estos códigos corresponde a 1 única ER del listado elaborado por REPIER y no requieren una exhaustiva validación.

Método: Tras la eliminación de duplicados e identificación de individuos, la información se somete al algoritmo de decisión, que adjudica 1 estado, de los 5 posibles, a cada individuo: Sospecha de ER (entrada al SIERrm), No residente, Sospecha de ER no confirmada, Sospecha de ER rechazada y Caso SIERrm.

Resultados

De los 150.458 episodios de alta registrados en el CMDB-AH en 2008, se han obtenido 843 individuos con Sospecha de ER. De éstos, 30 no son residentes en la RM. De los 813 residentes, para 188 no disponemos del CIP ni de ningún identificador personal, por lo que los consideramos Sospecha de ER no confirmada, a la espera de conseguir más información. El resto, 625 individuos, se identifican como Caso SIERrm. No se considera ningún individuo como Sospecha de ER rechazada, debido a las características de los códigos de ER elegidos.

Conclusiones

El actual algoritmo de decisión facilita la incorporación de casos al SIERrm a partir del CMDB-AH, requiriendo, no obstante, el desarrollo de procesos de validación exhaustivos, tanto de aspectos formales como clínicos, para cada uno de los códigos de ER.

Durante la validación del algoritmo se identificaron algunas cuestiones que han sido resueltas en el presente diagrama, y otras que han quedado pendientes de resolver.

La incorporación de otras fuentes de información al SIERrm puede requerir el ajuste del presente algoritmo.

TÍTULO: Plan de Salud 2015 de la Región de Murcia

AUTORES: Monteaquedo-Piqueras O¹; Usera-Clavero M² L¹; Palomar-Rodríguez J¹; García-Córdoba JA²

¹Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia

²Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación.

Introducción

El Plan de Salud es la Expresión política de salud a desarrollar por las administraciones públicas de la Región de Murcia. Desde el año 1993 al 2007, son tres los Planes de Salud ejecutados en la Región. En el 2008, por petición de la Asamblea Región al Consejo de Gobierno, se puso en marcha la elaboración del IV Plan de Salud. Este estudio hace una síntesis del proceso de elaboración del Plan de Salud 2015 (PS2015).

Material y Métodos

En 2008 se presentó al Consejo de Salud el documento bases para la elaboración del PS2015 que especificaba sus componentes: 1) Identificar oportunidades para mejorar la salud; 2) Definir líneas de actuación prioritarias; 3) Establecer objetivos y planes de acción; 4) Determinar un sistema de evaluación. Para la consecución de estos requerimientos se planificaron 5 fases: 1) Organización y lanzamiento del proyecto: se definieron los órganos decisorios, la metodología de trabajo y los grupos de trabajo (117 profesionales); 2) Elaboración de materiales de trabajo: Informe de situación sanitaria, encuesta sobre necesidades en salud, Políticas de salud UE, Estrategias MSPS y Planes de Salud de CCAA; 3) Priorización e identificación de líneas de actuación; 4) Diseño de planes de acción: definición de objetivos y estrategias; 5) Evaluación: despliegue y ajuste del Plan 2015.

Resultados

El PS2015 quedó estructurado en 3 niveles. Nivel 1: objetivos de nivel de salud (esperanza de vida y calidad de vida); Nivel 2: Objetivos relacionados con los condicionantes del nivel de salud de la población (estilos de vida, entorno, protección de la salud, enfermedades relevantes, desigualdades de salud y fortalecimiento del sistema sanitario); Nivel 3: Estrategias de intervención para los objetivos del nivel 2 con indicadores de seguimiento. Para el seguimiento y evaluación se creó la Oficina del Plan de Salud una estructura estable de gestión y ejecución del PS 2015 para garantizar la incorporación de las estrategias en todas las políticas y proyectos que despliegue la Consejería de Sanidad y Consumo. Asesorará a los órganos directivos y dispondrá de un Cuadro de Mando, para realizar una memoria bial y otra final, que especificarán la consecución de objetivos.

Conclusiones

El contexto de desarrollo del PS2015 ha sido diferente al de planes anteriores, lo que ha permitido modificar su enfoque centrado en la organización y la oferta de servicios sanitarios, a otro centrado en la salud de la población, lo que ha facilitado definir objetivos de salud en lugar objetivos de servicios.

TÍTULO: Aplicabilidad de la evaluación de impacto en salud en la Región de Murcia. Conclusiones de un taller con profesionales

AUTORES: Titos-Gil S^{*}; Fernandez-Ajuria A

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia. 2 Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

Introducción

La Evaluación del Impacto en Salud (EIS) es una herramienta para incorporar la salud en todas las políticas públicas. Se enmarca en la estrategia de política sanitaria de la Unión Europea 'Health in All Policies', que se sitúa en el marco de los determinantes sociales de la salud, y que ha sido recogida en el Plan de Salud 2015 de la Región de Murcia. Se realizó una acción formativa sobre EIS, que incluyó el desarrollo de un taller práctico sobre su aplicabilidad, orientado a identificar las dificultades y facilidades para desarrollar una EIS en la Región de Murcia (RM). El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de dicho taller.

Material y Métodos

Se utilizó una variante del método DAFO, para analizar las dificultades y facilidades, identificando los factores "externos" e "internos" a la institución. Las personas participantes se dividieron en cuatro grupos. En una primera fase cada participante escribió, de manera individual, los factores considerados más relevantes, y a continuación, cada grupo construyó su propio DAFO. La siguiente fase fue una sesión plenaria, en la que se construyó el DAFO a partir de las aportaciones de los cuatro grupos. El taller concluyó con la asignación de puntuaciones por parte de los participantes para priorizar la importancia de los factores. Posteriormente, se han analizado los factores identificados y las puntuaciones obtenidas, y se han asignado los factores a dimensiones para agrupar aquéllos factores a diferentes aspectos de un mismo elemento o proceso.

Resultados

Se han identificado un total de 38 factores facilitadores y 40 dificultades. Entre las facilidades, los factores con puntuaciones más altas han sido la estrategia europea de Salud en Todas las Políticas, en el plano externo, y en el plano interno las capacidades, sensibilización y motivación del personal técnico. Entre las dificultades que han obtenido mayores puntuaciones aparecen la coordinación entre estructuras, la ausencia de la EIS en la agenda política y el contexto regional de la Salud Pública.

Conclusiones

La mayoría de los factores identificados son comunes a otros territorios. Sin embargo, aparece como un elemento específico de la RM la inexistencia de un movimiento de reforma de la Salud Pública, que proporciona un marco ideal para el desarrollo de la EIS y está siendo abordada en otras CCAA. Una cuestión a resolver es quién asume el liderazgo para impulsar el desarrollo de la EIS.

Agradecimientos: Participantes en el Curso Evaluación de Impacto en Salud.

TÍTULO: Las instrucciones previas para cuidados terminales en los hospitales públicos de la Región de Murcia

AUTORES: Franco B; Da-Silva ZA; Saturno PJ

Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Murcia.

Introducción

La provisión de cuidados terminales no deseados por el paciente es un evento adverso evitable mediante la colaboración efectiva entre pacientes y personal sanitario. Consecuentemente, una recomendación de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente del Nacional Quality Forum (NQF) es "asegurar el conocimiento de preferencias del paciente para cuidados terminales". Pretendemos valorar el cumplimiento de dicha recomendación en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Se estudian las normas o protocolos existentes sobre preferencias de enfermos terminales, la frecuencia con que se averiguan las preferencias de pacientes terminales en relación a tratamientos y procedimientos de soporte vital, y la influencia de factores sociolaborales en esa frecuencia.

Métodos

Estudio transversal en ocho hospitales públicos de la Región de Murcia. Medimos indicadores de estructura (existencia de protocolos sobre instrucciones previas) y proceso (frecuencia con que se indagan las preferencias de los pacientes terminales), construidos y validados a partir de las recomendaciones del NQF. Evaluamos la calidad formal de los protocolos remitidos según el listado de comprobación del programa EMCA. Distribuimos 3.141 cuestionarios a una muestra representativa de profesionales. Empleamos el "Hospital Survey on Patient Safety Culture" adaptado y validado al contexto español, que incluía la pregunta relativa a preferencias de enfermos terminales, dirigida a profesionales implicados en su asistencia. Describimos el cumplimiento de los indicadores y empleamos regresión logística multivariante para identificar variables estructurales y sociolaborales asociadas a una respuesta positiva.

Resultados

Uno de los ocho hospitales tiene un protocolo válido. El 12% (Intervalo de Confianza [IC] 95%: 9,4-14,6) de los profesionales (n=607) respondió que en su servicio siempre se indagan las preferencias de los pacientes terminales. La existencia de protocolo se asocia significativamente (Odds Ratio [OR]: 18,10; IC95%: 2,28-143,83) a la respuesta positiva, y trabajar en servicios quirúrgicos (OR: 0,15; IC95%: 0,04-0,65) a una respuesta negativa.

Conclusiones

Existe una escasa protocolización hospitalaria en instrucciones previas de pacientes en hospitales públicos de la Región. Los profesionales sanitarios perciben una baja frecuencia de consulta a pacientes terminales sobre sus preferencias en procedimientos de soporte vital. La implantación de protocolos, implicando a profesionales, puede ayudar a mejorar la situación.

TÍTULO: Diferencias en patologías y medicación según grupos etarios en los pacientes polimedcados

AUTORES: Navarro S; Botias C; Garcia L; De Casas X; Perez-Crespo C; Imbernon C.

Centro de Salud San Antón

Objetivo

Conocer el perfil de los pacientes polimedcados de una Zona de Salud según edad, sexo, tipo de medicamentos.

Material y Metodo

Estudio descriptivo transversal. Periodo de estudio año 2009. Muestreo aleatorio estratificado por grupos etarios: 249 pacientes polimedcados. De 1979 pacientes polimedcados se seleccionaron 249 pacientes, con precisión 5%. Variables: Edad, genero, grupo farmacológico: cardiovascular, respiratorio, neurológica, metabólico-endocrino, reumatológicos, digestivo, psiquiatría, insuficiencia venosa, urológica, ginecológica, hematológicos, oftalmológicos, ORL.

Análisis descriptivo univariante y bivariante: medidas tendencias central y dispersión, frecuencias. Análisis bivariante mediante ANOVA y t-student

Resultados

De los 249 pacientes polimedcados, el 63,5% son mujeres (158), activos 39,8% (99), edad media de 61,68 (+ 0,94), la edad media por grupo farmacológico: cardiovascular 64,1 (+1,6), respiratorio 53,6 (+ 4,2), neuro 64,8 (+ 5,2), endocrino 62,8 (+ 2,8), reumatología 65,4 (+ 2,09), digestivo 62,0 (+ 2,8), salud mental 56,5 (+ 2,4), urología 69,5 (+3,5), ginecología 52,9 (+9,5), hematología 70,0 (+ 9,0), oftalmología 60,7 (+ 5,6), ORL 65,1 (+ 5,3), dermatología 43,2 (+0,1) con una p 0,014. 15464 prescripciones en 1 año. 5.25 prescripciones por paciente y mes. Nº pacientes en grupo cardiovascular: 68/27,4%, en grupo Salud Mental: 42/16,9%, en grupo reumatológico: 39/15,7%.

Conclusion

El perfil de un paciente polimedcado es una mujer de edad avanzada, con más de 5 prescripciones/mes, con patología cardiovascular fundamentalmente.

Los pacientes polimedcados consumen un número de fármacos elevado al año.

Las patologías cardiovasculares, psiquiátricas y reumatológicas son las que mayor número de pacientes polimedcados registra

TÍTULO: Evolución de los motivos de consulta socioeconómicos en Atención Primaria

AUTORES: Muñoz AM; Fontcuberta J; Marnrique RL; Pérez F.
Unidad Docente MFyC Cartagena – San Javier

Introducción

Conocer la evolución de los motivos de consulta socioeconómicos en Atención Primaria (AP) de un Área de Salud en los últimos 4 años.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo, población de un Área de Salud de 330.000 habitantes. Fuente de datos: historia clínica informatizada OMIAP. Códigos CIAP-2: (Z01: Pobreza/dificultades económicas, Z02: Problemas de alimentos y agua, Z03: Problemas de vivienda/vecindad, Z04: Problemas socioculturales, Z05: Problemas ocupacionales/de trabajo, Z06: Desempleo/paro). Periodo de estudio: 1/01/2006 a 31/12/2009. Análisis datos: descriptivos, frecuencias y bivalente.

Resultados

En 2006: 199(15,1%) registros, 2007: 296(22,4%), 2008: 359(27,2%), 2009: 465(35,3%).

836 consultas (63,4%) realizadas por mujeres. 109 consultas(8,3%) son de población marroquí.

Z01: de 12(13,3%) registros en 2006 a 26(28,9%) en 2009. Z02: de 11(18,6%) a 25(42,4%). Z03: de 26(12,4%) a 64(30,5%). Z04: de 140(16,3%) a 318(37,1%). Z05: de 10(17,5%) a 17(29,8%). Z06: de 0(0%) a 15(32,6%). $p < 0,05$.

Conclusiones

Los registros de problemas socioeconómicos han aumentado en las consultas de AP en los últimos 4 años, coincidiendo con la aparición de la crisis económica mundial.

Este aumento es percibido por los médicos de AP lo que refuerza la visión biosicosocial de estos.

TÍTULO: Desigualdades en la salud de la población de la Región de Murcia

AUTORES: Monteagudo-Piqueras O*; Hernando-Arizaleta L; Palomar-Rodríguez J
Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad y Consumo, Región de Murcia

Introducción

La salud de la población está determinada por distintos factores. Existen herramientas validadas que permiten cuantificar el impacto de estos factores y detectar desigualdades en salud. El objeto de este estudio es describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población general de la Región de Murcia con el instrumento EQ-5D.

Material y Métodos

Se trata de un estudio transversal con encuesta de salud por correo postal realizada en el 2008. La población diana es población general de ambos sexos de 18 ó más años, no institucionalizada, residentes de la Región. El tamaño muestral fue de 3381 ciudadanos. Para valorar la CVRS, se utilizó el cuestionario genérico EQ-5D, de los dos apartados de que consta el sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA) sólo se analiza esta última, en la que el paciente puntúa su estado de salud en una escala de va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). Se analiza la CVRS por sexo y edad con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados

Contestaron la encuesta postal 1303 personas (tasa de respuesta del 38,5%), 1252 cumplimentaron la EVA, de éstos 49,7% eran mujeres y la media de edad fue 44,6 años. En mujeres, la EVA media fue de 70,5 (DE=20,3) y de 74,0 (DE=18,1) en hombres, siendo las diferencias entre ambos sexos estadísticamente significativa ($p=0,002$). Por estrato de edad de 18-24 años las mujeres tienen 79,5 (17,3) y 87,5 (12,3) en hombres ($p=0,002$), de 25-34 años las mujeres tienen 78,7 (10,1) y 78,2 (12,8) en hombres ($p=0,727$), de 35-44 años las mujeres tienen 78,5 (13,4) y 74,2 (20,3) en hombres ($p=0,047$), de 45-54 años las mujeres tienen 72,4 (19,6) y 72,3 (18,4) en hombres ($p=0,964$), de 55-64 años las mujeres tienen 62,3 (21,3) y 66,0 (19,3) en hombres ($p=0,277$), de 65-74 años las mujeres tienen 53,3 (21,6) y 65,6 (18,0) en hombres ($p=0,001$), de más de 75 años las mujeres tienen 47,3 (18,9) y 59,9 (22,0) en hombres ($p=0,004$).

Conclusiones

Aunque de forma general los hombres declaran mejor CVRS que las mujeres, estas diferencias se observan hasta los 24 años y de 65 años en adelante. Paradójicamente, en el estrato de 35-44 años, las mujeres declaran mejor CVRS que los hombres. La metodología en CVRS permite detectar desigualdades en salud de la población y generar hipótesis para el estudio de sus causas.

TÍTULO: Brote de Gastroenteritis por Norovirus

AUTORES: Fenoll D.^{1*}; García J.L.¹; González E.¹; Albacete C. R.¹; Jiménez P.¹; Martínez A.¹; Meseguer J.M.¹; Sánchez A.²

¹ Servicios Municipales de Salud, Concejalía de Sanidad y Servicios Sociales, Ayuntamiento de Murcia.

² Laboratorio Regional de Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia.

Introducción

Los brotes de Toxoinfecciones Alimentarias por Salmonella están disminuyendo, en España y en la Región, gracias entre otros a los programas de control en granjas y a la educación sanitaria; sin embargo aumentan los brotes por Norovirus, relacionados con frecuencia con residencias. El objetivo es el estudio de un brote de gastroenteritis en una Residencia Psicogerátrica.

Material y Métodos

Se lleva a cabo la investigación clínica, epidemiológica y microbiológica del brote, en la que por las características de los residentes no se pudo realizar encuesta de consumo de alimentos; se recogieron datos clínicos de los afectados y se investigó el origen y la elaboración de los alimentos; se analizaron heces de 10 afectados y de 8 manipuladores, 11 muestras de agua de la red interior de potables, así como los platos testigo de los alimentos consumidos días antes del inicio del brote.

Resultados

El 27/01/2010 el Servicio de Epidemiología nos declara un brote de gastroenteritis en una Residencia Psicogerátrica con 24 casos. Al dar por concluido el brote el total de afectados fue de 43, con 3 trabajadoras del centro; la edad media fue de 76 años y el 60% eran mujeres. El primer enfermo comenzó con síntomas el 24/01/2010 y el último el 02/02/2010; el cuadro clínico se caracterizó por vómitos (37%), diarrea (93%) y una duración de dos días; sólo 1 afectado necesitó ingreso hospitalario. Residir en la misma planta que el caso índice estaba asociado a un mayor riesgo (RR=2,54 IC 95% 1,36-4,75), no así acudir al mismo comedor (RR=0,85 IC 95% 0,52-1,38), no se pudieron obtener tasas de ataque por alimentos, hubo afectados que comieron distintos menús. Las muestras de agua cumplían con la legislación, cloro libre entre 0,78 a 1 mg/l y ausencia de bacterias coliformes. En los alimentos no se encontró Salmonella, toxina estafilocócica ni Clostridios sulfito reductores. En los coprocultivos de 8 casos y de 8 manipuladores, el resultado fue de flora habitual y ausencia de Salmonella respectivamente. Sólo tras enviar las heces de 2 enfermos al Centro Nacional de Microbiología, se obtuvo un resultado positivo a Norovirus.

Conclusiones

Brote de gastroenteritis por Norovirus, por la forma de presentación de los casos, comienzo explosivo y aparición de enfermos durante 10 días, parece su inicio de origen común, con posterior transmisión persona a persona. Para mejorar la investigación de estos brotes, es conveniente que un laboratorio de la Región pueda investigar Norovirus en alimentos y heces.

TÍTULO: Promover la autonomía en la discapacidad

AUTORES: Piñera-Salmerón MP; Alcahad-Carrasco F; Domínguez-Domínguez A; Alarcón-Nicolás MD; González-Martínez-Lacuesta E.
Servicios Municipales de Salud, Ayuntamiento de Murcia, correo-e: falcahad.sanidad@ayto-murcia.es

Introducción

La OMS recomienda orientar todas las intervenciones hacia un envejecimiento activo y positivo, con la implicación directa de la persona adulta como responsable de su propia salud. En España la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, propone desarrollar la capacidad para las actividades básicas de la vida diaria y el establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.

La FEMP promueve la formación a mayores en el ámbito local bajo el lema "Saber envejecer. Prevenir la dependencia". La mayoría de estudios indican que el tema que más preocupa a los mayores es su salud, que relacionan directamente con su calidad de vida. Es una intervención en EpS, dirigida a personas con discapacidad mayores de 55 años; cuyos objetivos son: 1) promover la autonomía, 2) capacitar para el cambio hacia hábitos saludables, y 3) incorporar nuevas actividades beneficiosas para su salud.

Material y Métodos

Sesiones multidisciplinarias, con una orientación eminentemente práctica y participativa (formato de taller), impartidas por los profesionales idóneos en función del tema concreto de cada sesión, bajo la planificación y dirección de los Técnicos de Salud. Duración de 60-90 minutos, con periodicidad semanal, en horario de tarde. Esta acción formativa está incluida en su programa regular de actividades. Se planifican las acciones siguiendo el orden de preferencia establecido previamente por el grupo. Recursos materiales destinados a los participantes: decálogos, guías informativas, fichas de trabajo en grupo, y otro material impreso específico; también objetos de uso práctico.

Resultados

25 horas de formación programadas. 15 sesiones/año. Asistencia media: 20 personas. De 13 temas propuestos, los más solicitados en orden decreciente son: memoria, relaciones familiares: ser abuelos, prevención de caídas: vista y oído, alimentación saludable, controles de salud. Las sesiones con más aceptación han sido: memoria y alimentación.

Conclusiones

Este tipo de intervención es idóneo para atender las demandas que hacen los mayores sobre temas de salud, cualquiera sea la discapacidad que presenten.

Los componentes práctico y participativo han sido los más aceptados y deben ser el núcleo central en este tipo de intervenciones.

Se han adquirido e incorporado nuevas actividades saludables, modificando algunas de sus rutinas.

TÍTULO: Prevalencia de diabetes en inmigrantes y españoles de una Zona de salud rural
AUTORES: Rosique-Gómez F¹; Correa-Estañá M²; Madri- Sánchez E²; Buendía-Carrillo V²; Ramirez-Tirado C¹; Vicente-López I²

¹ Centro de salud Torre Pacheco-Oeste, Torre Pacheco, Murcia, e-mail :florirosique@hotmail.es

² Centro de salud Torre Pacheco-Este, Torre Pacheco, Murcia, e-mail: macesta70@gmail.com

Introducción

La diabetes es una enfermedad que tiene prevalencia diferente en distintas poblaciones. Conociendo su prevalencia podríamos incidir en factores socioculturales y nutricionales. El objetivo del presente trabajo es describir los pacientes diabéticos de una zona de salud (Torre-Pacheco Oeste) diagnosticados hasta la fecha, en función de su origen geográfico, edad y sexo. La importancia de este trabajo es conocer la prevalencia de la diabetes en nuestra zona, para intentar modificar hábitos alimentarios y factores externos que puedan influir en el curso de la enfermedad. Objetivos: conocer la prevalencia de la diabetes en la población inmigrante que acude al centro de salud de nuestra zona. Conocer diferencias en distintas poblaciones inmigrantes y conocer las edades y sexo de la población diabética.

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal en pacientes diabéticos registrados en historia clínica OMI-AP de una zona de salud rural en Torre-Pacheco OESTE. Variables: edad, sexo y raza (marroquíes, sudamericanos, ingleses, portugueses, ucranianos e hindúes).

Resultados

Se analizaron las historias clínicas de un total de 980 diabéticos de una zona de salud rural, Torre-Pacheco OESTE, de la cual: 843 eran españoles (396 mujeres y 447 hombres); 87 eran marroquíes (36 mujeres y 51 hombres); 27 sudamericanos (16 mujeres y 11 hombres); 14 ingleses (1 mujer y 13 hombres); 4 hindúes (varones); 3 ucranianos (2 mujeres y 1 hombre); 2 portugueses (mujeres). En cuanto al país de origen: 86 % español (47% mujeres, y un 53 % hombres), 8,8 % marroquíes (41,4% mujeres y un 58,6 % hombres), 2,75 % sudamericanos (59,25% mujeres y un 40,74% hombres), 1,4% ingleses (7,14 mujeres y 92,85% hombres), 0,4% hindúes (100% varones), 0,3% ucranianos (66,6% mujeres y 33,33% hombres), 0,20% portugueses (100% mujeres). Del total de la población un 46, 2 % fueron mujeres y un 53,8% fueron hombres. Por edades y sexo: 93-95 años 6 (mujeres). 80-90 años 133 (84 mujeres y 49 hombres); 70-81 años, 224 (112 mujeres y 112 hombres); 60-69 años, 217 (75 mujeres y 142 hombres); 50-59 años, 182 (73 mujeres y 109 hombres); 40-49 años, 140 (42 mujeres y 98 hombres) 30-39 años, 53 (31 mujeres y 22 hombres), 20 -29 años 14 (8 mujeres y 6 hombres), 10-19 años (2 mujeres) y 0-9 años, 9 (4 mujeres y 5 hombres).

Conclusiones

En la zona de salud de Torre-Pacheco-OESTE la prevalencia de la diabetes mellitus es de 5,4 %. Existen diferencias en cuanto a edad y sexo.

TÍTULO: Sensibilidad antibiótica de Microorganismos Uropatógenos del Área de Salud VI de la Región de Murcia en el Año 2009

AUTORES: Del Río L¹, Ramírez C¹, Blázquez R¹, Salazar I², Nicolás M³

¹ Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia

² Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia;

³ Agencia de Desarrollo Local del Ayuntamiento de Murcia

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITUs) representan un motivo de consulta muy frecuente en los centros de Atención Primaria. En la mayoría de los casos se realiza la prescripción de antibióticos de forma empírica. Por esta razón es de gran importancia el conocimiento de la etiología más común y la sensibilidad de los aislados a los antibióticos, sobre todo, por las elevadas tasas de resistencia y la variabilidad entre zonas geográficas.

El objetivo del estudio es determinar cuáles han sido los microorganismos obtenidos con mayor frecuencia en las muestras de orina extrahospitalarias del Área de Salud VI y su sensibilidad a los antibióticos, durante el año 2009.

Material y métodos

Estudio descriptivo de tipo retrospectivo. El número total de muestras estudiadas fue de 17818.

El procesamiento de las muestras y la valoración de los recuentos se hicieron siguiendo los protocolos microbiológicos habituales. La identificación de los microorganismos y el estudio de sensibilidad a los antibióticos se hicieron mediante el sistema automático de Microscan WalkAway (Siemens), teniendo en cuenta los puntos de corte del "The Clinical and Laboratory Standards Institute" (CLSI).

Resultados

Se aislaron en total 2144 cepas, de las cuales 1559 (72.7%) correspondieron a gramnegativos y 585(27.3%) a grampositivos. Los aislados más frecuentes fueron: E. coli (51.3%), E. faecalis (20.2%), K. pneumoniae (10.5%), S. agalactiae (5.6%) y P. mirabilis (5 %). Para el uropatógeno más común, E. coli, los datos de sensibilidad de los antibióticos más relevantes (en porcentaje de cepas sensibles) fueron: Ampicilina (36%), Amoxicilina-clavulánico (85%), Cefuroxima (84%), Ciprofloxacino (64%), Cotrimoxazol (62%), Fosfomicina (97%) y Nitrofurantoina (96%).

Conclusiones

A la vista de las elevadas tasas de resistencia en el Área de Salud VI (superiores al 30% para E. coli) a Ampicilina, Ciprofloxacino y Cotrimoxazol, el uso de estos antibióticos se debería desaconsejar en el tratamiento empírico de las ITUs. Por el contrario, antimicrobianos como Fosfomicina y Nitrofurantoina presentan elevada sensibilidad, por lo que se consideran una buena opción en el tratamiento empírico de las ITUs no complicadas.

TÍTULO: Características y factores de riesgo de los casos graves de Gripe A(H1N1)2009 en la Región de Murcia en 2009

AUTORES: García-Ortúzar V¹; García-Pina R¹; Salvador-García C²; Moreno-Docón A²; García-Fulgueiras A¹.

¹ Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

² Laboratorio de Virus, Hospital Virgen de la Arrixaca.

Introducción

En abril de 2009 la OMS declaró una alerta de brote por un nuevo virus de gripe A(H1N1)2009 que en junio elevó a fase 6 de pandemia por ese virus. Se notificó el primer caso en la región el 26 de abril, confirmándose 4 días después. Aunque la mayoría de los casos han cursado sin complicaciones, resulta necesario conocer las características epidemiológicas de los casos con curso grave. Describimos las características epidemiológicas, factores de riesgo (FR) y complicaciones de los casos graves de gripe A(H1N1)2009 ingresados en UCI y/o fallecidos registrados en la región por la red de vigilancia epidemiológica de junio 2009 a enero 2010.

Métodos

Para la notificación de casos graves ingresados en UCI y/o fallecidos se ha utilizado un cuestionario estandarizado según la estrategia nacional de vigilancia de casos graves. Además de las enfermedades crónicas identificadas en el programa de vacunación como FR para gripe, también se incluye disfunción cognitiva e índice de masa corporal mayor a 40. Se confirmaron todos los casos mediante técnica RT-PCR específica para virus A(H1N1)2009.

Resultados

En el periodo reseñado ingresaron en UCI y/o fallecieron 63 casos graves de gripe (60 ingresados en UCI de los que 16 fallecieron, más 3 fallecidos en planta). El 60% eran varones. La media de edad fue de 43 años (rango:1-91) y la mediana 47 años en fallecidos y 41,5 en no fallecidos. El 73% de los casos tenían 15 a 64 años, 16% eran mayores de 64 años y 11% menores de 15. Presentaban algún FR el 68% de los casos y 47% presentaban 2 ó más, siendo los más frecuentes padecer algún tipo de inmunodeficiencia (17,5%) enfermedad cardiovascular (17,5%), EPOC (14,3%), disfunción cognitiva (14,3%), insuficiencia renal (12,7) y obesidad mórbida (12,7%). Entre los fallecidos, el 84% presentaba algún FR y dos tercios tenían dos ó más. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía e hipoxemia (84% y 89% respectivamente), síndrome de distress respiratorio (56%) y sepsis (40%). La estancia media del ingreso hospitalario fue de 21 días en caso graves no fallecidos y de 16 días en fallecidos (rango:2-71). El 54% de los casos graves precisaron ventilación mecánica.

Conclusiones

En la mayoría de los casos graves de gripe A(H1N1)2009 notificados en la región se ha constatado la existencia de FR para gripe: dos tercios de los casos graves tenían al menos algún FR y entre los fallecidos dos tercios tenían dos ó más FR, siendo la complicación más frecuente la neumonía seguida del distress respiratorio y sepsis.

TÍTULO: Agresión, violencia del compañero íntimo e inmigración en Murcia: Comparación con la Encuesta Nacional de Salud 2006

AUTORES: Colorado SM¹; Tormo MJ^{1,2}; Salmerón D^{1,2}; Ballesta M¹; Navarro C^{1,2}

¹ Servicio Epidemiología, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia

² CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain

Introducción

La agresión y la violencia, graves en cualquier población, son además discriminatorios si son ejercidos sobre los inmigrantes. La violencia del compañero íntimo (VCI) se reconoce hoy como un problema de Salud Pública. Nuestro objetivo es describir la agresión y VCI declarados por una muestra representativa de inmigrantes en Murcia y compararlos con los registrados en Murcia y España en 2006.

Material y Métodos

En 2006 se llevó a cabo concurrentemente la encuesta de salud a población inmigrante en la Región de Murcia Salud y Culturas, y la Encuesta Nacional de Salud (ENS), de ámbito estatal. En ambas se preguntaba sobre agresión o maltrato, y en su caso, el lugar y el agresor. En las mujeres, cuando el agresor era la pareja se consideró como una situación compatible con VCI. El estudio Salud y Culturas incluye población de origen hispanoamericano (n=672) y magrebí (n=365). Ambas encuestas también incluyen variables sociodemográficas y de género. El análisis ofrece resultados descriptivos de agresión, según origen, edad y sexo.

Resultados

La tasa de respuestas en el programa Salud y Culturas para hispanoamericanos y magrebíes ha sido de 72% y 56%, respectivamente. La prevalencia de agresión declarada ha sido del 6,5% en hispanoamericanos y 11,9% en magrebíes. En la ENS las cifras fueron el 2,3% y el 2,6% en murcianos y españoles, respectivamente. Mientras en población inmigrante hispanoamericana y magrebí las tasas más elevadas se observaron en las edades más jóvenes, no existe un patrón definido en murcianos y españoles en el grupo de 16-64 años, descendiendo en los mayores de 65. Por sexos, los hombres hispanoamericanos y magrebíes tuvieron prevalencias superiores que las mujeres, sin diferencias en el resto de colectivos. El lugar más frecuente de la agresión fue la calle, seguido del lugar de trabajo. Tres hombres declararon haber sido agredidos por su pareja, mientras que un total de 5 mujeres declararon una situación compatible con VCI.

Conclusiones

En los colectivos estudiados las agresiones fueron poco frecuentes, excepto en los magrebíes e hispanoamericanos, siendo fundamentalmente un hecho masculino y de las edades más jóvenes. La VCI es un fenómeno escasamente declarado. Aunque no se puede descartar la subdeclaración, los datos indican que su frecuencia fue casi testimonial en esta muestra representativa de población adulta, inmigrante o no. Ello no resta gravedad a los episodios que puedan ocurrir, ni a la utilidad de los programas de concienciación, denuncia y protección. Financiación: SM Colorado está contratada con la ayuda de una beca FFIS-CajaMurcia.

TÍTULO: Actividad de los Centros de Vacunación Internacional en la Región de Murcia
AUTORES: Navarro R; Castro NA; Márquez P; Vallejo J; Rodríguez-Bobada MJ; C elmar C; Hernández R; Carrilero A; Rodríguez P
Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno en la Región de Murcia

Introducción

La prevención de las enfermedades en viajeros, constituye un punto estratégico fundamental en la prevención de enfermedades infecciosas y su propagación internacional. El auge del turismo, la inmigración y el comercio internacional implican un papel cada día más relevante de los Centros de Vacunación Internacional que dependen del Ministerio de Sanidad y Política Social y del Servicio de Salud Pública y Sanidad Exterior. El objetivo de este estudio es valorar el incremento en la actividad desarrollada en la última década en los dos Centros de la Región de Murcia ubicados en las ciudades de Murcia y Cartagena, en base a la recaudación obtenida por el cobro de tasas.

Material y Métodos

Los únicos datos de los que disponemos series anuales, son de vacunas administradas calculados según el pago de tasas. Para ello hemos recogido de los registros administrativos, de 2000 a 2009, el total de las recaudaciones anuales y hemos dividido estos datos por la cantidad que constituye el precio por unidad de vacuna administrada año por año.

A la serie de datos obtenida le hemos aplicado la metodología de tendencias. El cálculo del coeficiente de correlación y la tendencia entre los años y el número de vacunas administradas, se realizó ajustando las series de datos a una función lineal, calculando el coeficiente de correlación y su significación estadística. Dado que el ajuste a dicha función para el coeficiente de correlación es el adecuado ($p < 0.05$), se valoró la existencia de tendencia temporal utilizando como hipótesis nula que el coeficiente de correlación sea igual a cero (1). Se calculó la pendiente (coeficiente de regresión). El porcentaje de variación anual, se calculó según la fórmula:

$\% \text{ de variación anual} = 100 \cdot \text{pendiente de la recta de regresión} / \text{promedio del } n^{\circ} \text{ de vacunas de 2000 a 2009 (2)}$.

Resultados

La actividad en ambos centros es creciente. La tendencia es al aumento con un porcentaje de variación anual de un 18,6 en su conjunto.

Comentarios

Los datos que presentamos es una aproximación a la valoración de la actividad del centro. En un futuro podremos disponer de datos más precisos ya que desde 2009, se cumplimenta en la Región de Murcia, el Registro de Vacunación Internacional de que dispone el Ministerio de Sanidad y Política Social, el SISAEX IV.

TÍTULO: Evolución 1992-2002 sobrepeso/obesidad y su asociación con nivel educativo en población Región de Murcia.

AUTORES: Martínez-Aedo R¹; Tormo MJ^{2,3}; Salmerón D^{2,3}; Navarro C^{2,3}

¹ MIR Medicina Preventiva y Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo, Murcia;

² Servicio Epidemiología, Consejería Sanidad y Consumo, Murcia

³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Spain

Justificación

La obesidad está ampliamente distribuida en la Región de Murcia siendo un importante factor de riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. El nivel educativo está inversamente asociado a la obesidad. Nuestro objetivo es evaluar la tendencia de la prevalencia de obesidad en la población adulta de Murcia tras 10 años (1992 y 2002) según su nivel educativo.

Método

En 1992 y 2002 se llevaron a cabo en Murcia dos encuestas representativas de población adulta de 20-65 años para conocer la prevalencia y evolución de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. El número de personas entrevistadas fue 3.021 en 1992 y 1.246 en 2002 (tasas de respuesta 61-63%). Se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC [peso/altura²]). El análisis describe la prevalencia (con su IC95%) de obesidad según el nivel educativo (sin estudios, primarios, secundarios y universitarios), sexo y grupo de edad (4 categorías) en 1992 y 2002. Para el análisis de la tendencia las prevalencias se han ajustadas por edad (método directo estándar población Región de Murcia 2002) y se ha evaluado el cambio entre las prevalencias así estandarizadas (χ^2).

Resultados

En 2002 la prevalencia de obesidad fue del 21% en hombres y del 18% en mujeres mientras que el sobrepeso afectó al 50% de hombres y 32% de mujeres. Existen amplias diferencias según el nivel educativo de tal manera que es más de 7 veces frecuente ser obeso si no se tiene estudios (46%) que si se tienen universitarios (6%). Ajustado por edad no ha habido cambios en la prevalencia global de obesidad en el período 1992-2002 (-2,2%; $p=0,10$) aunque por sexos las mujeres han tenido una reducción (-6,9%; $p<0,00$) y los hombres una ligera elevación (2,7%; $p=0,15$). Las principales diferencias se observan según nivel educativo donde la frecuencia de obesidad ha sufrido una evolución divergente de tal manera que ha aumentado un 12,3% ($p<0,02$) entre las personas con menor nivel y ha descendido entre los que cuentan con estudios universitarios (-11,4%; $p<0,00$).

Conclusiones

La obesidad mantiene una prevalencia muy elevada a la vez que aumentan las desigualdades. Está aumentando la diferencia en prevalencia de obesidad entre sexos y nivel de estudios de tal forma que solo las mujeres y las personas con estudios universitarios están evolucionando favorablemente. El principal objetivo en salud pública continúa siendo reducir la obesidad, aunque se debería hacer un especial esfuerzo por reducir las desigualdades sociales.

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

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

Coordinadora de Edición:
Visitación García Ortúzar
Coordinadora Administrativa:
M.^a Carmen Martín Moya.
Suscripción: Envío Gratuito.
Solicitudes: Servicio de Epidemiología
ISSN: 1130-0019 Bol Epidemiol Murcia