

Las causas específicas modulan la tendencia de la mortalidad por grandes causas. Región de Murcia, 1975-2013.

Introducción

El comportamiento de la mortalidad en una población requiere conocer las principales causas de fallecimiento de sus habitantes. Existe un amplio conocimiento científico sobre cuales son las principales causas de muerte^{1,2}, pero no parece tan obvio cual es la contribución de las causas específicas a la evolución de los grandes grupos.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) informatiza las causas de muerte desde 1975, disponiéndose en la actualidad de una serie de 39 años que permite evaluar la tendencia temporal de este importante indicador de salud.

El objetivo de este trabajo es describir la contribución anual de las causas específicas a la tendencia de las grandes causas de mortalidad en ambos sexos, en la Región de Murcia, en el periodo 1975-2013.

Material y método

La fuente de información ha sido el Certificado Médico de Defunción/ Boletín Estadístico de Defunción, Boletín Estadístico de Defunción Judicial y Boletín Estadístico de Parto de los residentes murcianos fallecidos en España. Las causas específicas se han seleccionado en base a su magnitud y relevancia por un grupo de expertos. En 1968 entró en vigor en España la octava revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-8), la novena (CIE-9) en 1980 y la décima (CIE-10) en 1999. Se han aplicado las correspondencias entre los códigos CIE-9 y CIE-10 elaboradas por el INE y las comunidades autónomas^{3,4}, ampliadas a la CIE-8.

ARTÍCULO

Las causas específicas modulan la tendencia de la mortalidad por grandes causas. Región de Murcia, 1975-2013.

NOTICIAS BREVES

- Carcinogenicidad del consumo de carne roja y carne procesada.
- El Atlas del Cáncer.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 33 a 36 de 2015.



Se han calculado las tasas ajustadas por edad (método directo y 100.000 habitantes) a la población europea estándar (PEE) para la comparación anual. Se ha escogido la PEE frente a la población mundial por su similitud en la distribución por edad a la murciana.

Se han representado los gráficos de las causas específicas más frecuentes acompañadas de la gran causa que las engloba.

Resultados

Se ha observado un descenso generalizado de las tasas de las grandes causas, excepto en las enfermedades mentales y del sistema nervioso. La contribución de las causas específicas a los grandes grupos se ha mostrado en la figura 1.

La mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias ha experimentado una evolución inicialmente paralela con la tuberculosis hasta el año 1989, que luego ha sido modulada por la epidemia de sida a finales de los ochenta y las hepatitis víricas en la última década.

La elevada tasa de mortalidad por neoplasias ha presentado un punto de inflexión en 1997, decreciente desde entonces, a la que han contribuido diversas localizaciones tumorales, especialmente el cáncer de pulmón, sin correspondencia específica con ninguna de ellas.

Las afecciones endocrino-metabólicas han reproducido los cambios anuales de la diabetes con una cierta diferencia que parece aumentar a lo largo del periodo, lo que implica un discreto incremento de la contribución de otras causas en la mortalidad relacionada con este grupo de enfermedades.

El grupo mixto de las demencias pre/seniles y Alzheimer ha influido en una primera etapa (CIE-8 y CIE-9) en los trastornos mentales, para después observarse la contribución principal del Alzheimer al sistema nervioso en el periodo de la CIE-10. Que la agrupación de las causas específicas demencias y Alzheimer presente a partir de los años noventa una tasa superior a la tasa de los grandes grupos se ha debido a la reclasificación

de categorías en la CIE-10 (el Alzheimer pasa de trastorno mental a enfermedad del sistema nervioso), unido al incremento progresivo de las tasas de ambas.

Las enfermedades circulatorias han mostrado un descenso continuado provocado por la tendencia de la enfermedad cerebrovascular, no obstante, la enfermedad isquémica cardíaca ha cobrado mayor relevancia durante el último quinquenio en la contribución a la mortalidad del grupo.

La neumonía y la gripe han marcado la tendencia de los primeros años de las enfermedades respiratorias, para ser sustituidas desde la década de los ochenta por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Las muertes por patologías digestivas han presentado un paralelismo decreciente en el transcurso del tiempo con la cirrosis hepática, aunque la pendiente de esta ha sido menos pronunciada.

Las enfermedades osteomusculares han estado definidas fundamentalmente por la artritis reumatoide y osteoartritis hasta 1984, año en el que se han incorporado la osteoporosis y fracturas patológicas, configurando desde entonces la tendencia del grupo.

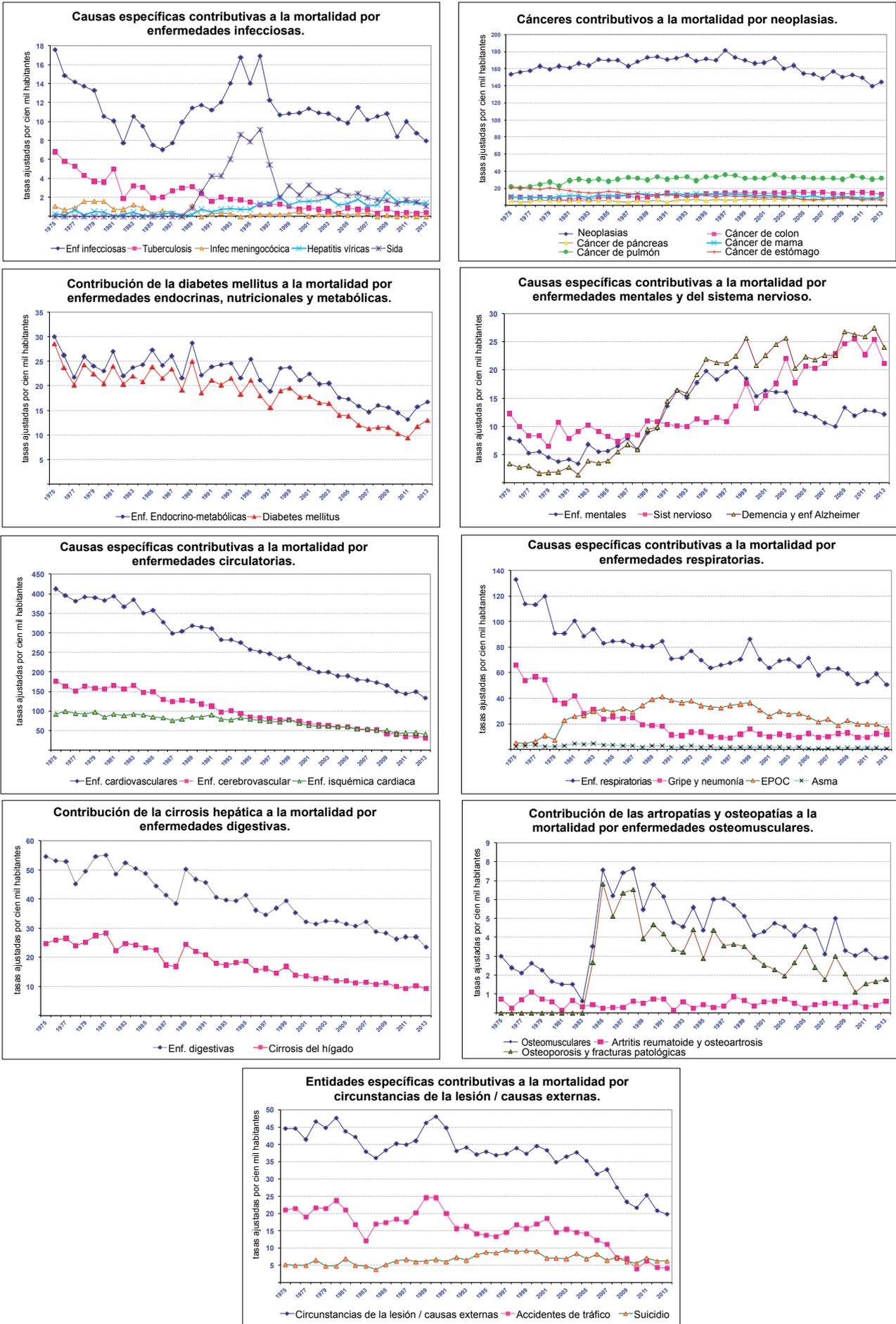
El descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico ha perfilado la evolución del grupo de causas externas, emergiendo la contribución de los suicidios en la tasa global desde 2010.

Discusión

Las tasas de mortalidad por los principales grupos de causas en la Región de Murcia son globalmente decrecientes, con la salvedad de las patologías neurológicas donde el progresivo aumento de la demencia y el Alzheimer define su trayectoria. Las enfermedades infecciosas presentan una tendencia descendente interrumpida por la curva epidémica del sida a mitad de periodo.

En general, la evolución de las grandes causas puede ser explicada por una o dos causas específicas, sin observarse cambios relevantes en

Figura 1. Evolución de las tasas de mortalidad por causas generales y específicas contributivas a la mortalidad general. Región de Murcia, 1975-2013. Ambos sexos.



Fuente: Centro Regional de Estadística de Murcia. Elaboración propia.

su contribución a la tendencia general a lo largo de un amplio periodo de tiempo, a excepción de las enfermedades infecciosas y respiratorias. No obstante, se vislumbran nuevas modificaciones en el curso de diversos grupos en relación a los últimos datos publicados para el periodo 1975-2006, como la alteración de la estabilidad que había alcanzado la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas para mostrar un trazado más errático explicado parcialmente por las hepatitis víricas. Además, el acusado descenso de la enfermedad cerebrovascular, muy superior al inicio de la serie, ocasiona que la enfermedad isquémica cardíaca constituya actualmente la principal causa de muerte de su grupo. Por otro lado, la tasa de suicidios se impone sobre la de accidentes de tráfico, si bien se debe en mayor medida al descenso de la segunda que al incremento de la primera, la cual se mantiene estable sin evidenciar una reacción en la gran causa correspondiente. El resto de grupos continúa en línea con lo observado en años previos⁴.

Bibliografía

¹ Cirera L, Martínez C, Ballesta M, Navarro C y CREM. Estadísticas básicas de mortalidad en la Región de Murcia en 2013. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, y Consejería de Economía

y Hacienda; 2014. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2283&idsec=88.

² Patrones de mortalidad en España, 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>.

³ Lista reducida de causas de muerte CIE-10 y su correspondencia con la CIE-9. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.

⁴ Salmerón D, Madrigal E, Carrillo J, Cirera L. Contribución de la mortalidad específica a la tendencia de las grandes causas. Del año 1975 al 2006. Bol Epidemiol Murcia. 2009;30(713):9-12. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/147273-bem_febrero09.pdf.

Autores

Ballesta M, Moreno López AB, Salmerón D, Cirera L. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

Situación regional. Semanas 33 a 36 (del 10/08/2015 al 06/09/2015).

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 33			SEMANA 34			SEMANA 35			SEMANA 36			SEMANA 33 a 36		
	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA	2015	2014	MEDIANA
Tox infecciones alimentarias	1	3	1	2	1	3	14	1	1	0	2	5	17	7	45
Gripe	5	8	8	6	14	14	3	9	9	3	3	17	17	34	54
Legionelosis	3	0	0	0	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4	3
Enfermedad meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Otras meningitis	1	1	1	2	1	2	2	0	1	3	2	1	8	4	4
Parotiditis	2	1	1	0	0	2	1	1	1	2	0	1	5	2	5
Varicela	47	23	17	37	24	20	23	18	17	25	15	15	132	80	66
Tos ferina	4	0	0	3	1	0	2	0	0	2	0	0	11	1	1
Infección gonocócica	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	4
Sífilis	1	0	0	0	2	2	1	0	1	0	1	1	2	3	4
Hepatitis B	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3	1	1
Fiebre exantemática mediterránea	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Chikungunya	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Tuberculosis	1	1	1	1	0	1	3	2	1	2	0	1	7	3	8

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

Distribución por áreas de salud. Semanas 33 a 36 (del 10/08/2015 al 06/09/2015).

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2014)	257856		287352		172656		73042		59606		260404		197703		103572		54627		1466818	
Tox infecciones alimentarias	0	27	0	67	1	1	0	0	0	0	14	24	1	6	1	12	0	3	17	140
Gripe	3	5570	6	5927	2	1265	0	965	0	1281	3	5039	2	4249	0	2073	1	1389	17	27758
Legionelosis	4	7	0	1	0	0	1	3	0	0	0	3	0	2	0	2	0	0	5	18
Enfermedad meningocócica	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Otras meningitis	2	5	0	9	0	6	0	2	0	0	0	5	4	13	2	4	0	1	8	45
Parotiditis	4	156	1	19	0	13	0	31	0	4	0	77	0	100	0	4	0	13	5	417
Varicela	29	922	16	1108	10	676	41	756	0	108	14	853	14	902	6	512	2	151	132	5988
Tos ferina	3	19	6	27	1	12	0	3	0	0	0	17	1	10	0	3	0	3	11	94
Infección gonocócica	1	2	1	2	0	1	0	0	0	1	1	4	0	6	0	1	0	0	3	17
Sífilis	0	2	0	4	2	8	0	3	0	2	0	7	0	8	0	0	0	0	2	34
Hepatitis B	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	3	0	2	0	0	3	7
Fiebre exantemática mediterránea	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Chikungunya	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	1	1	9
Tuberculosis	1	15	1	12	0	14	1	4	0	7	3	18	1	10	0	26	0	3	7	109

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

NOTICIAS BREVES

CARCINOGENICIDAD DEL CONSUMO DE CARNE ROJA Y CARNE PROCESADA

International Agency for Research on Cancer



La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud ha evaluado recientemente el efecto cancerígeno del consumo de carne roja y de carne procesada, a partir de la revisión exhaustiva de más de 800 estudios epidemiológicos por parte de un grupo de trabajo compuesto por 22 expertos internacionales. La evidencia más influyente proviene de grandes estudios de cohorte prospectivos realizados en los últimos 20 años.

El consumo de carne roja ha sido clasificado como probablemente carcinógeno para los humanos (grupo 2A), basado en evidencia epidemiológica limitada en humanos, relacionada principalmente con el cáncer colorrectal, aunque también se han hallado asociaciones con el cáncer de páncreas y de próstata. Si se demostrara una asociación causal, el riesgo de cáncer aumentaría un 17% por cada 100 gramos consumidos diariamente.

La carne procesada se ha clasificado como carcinógena para los humanos (grupo 1), fundamentado en la existencia de evidencia suficiente en humanos de la relación causal dosis-respuesta con el cáncer colorrectal, aumentando el riesgo un 18% por cada 50 gramos diarios. También se ha asociado al cáncer gástrico, aunque la evidencia no es concluyente. La Sociedad Española de Epidemiología (SEE), ante el interés e impacto mediático que ha suscitado esta evaluación, ha realizado una declaración para clarificar algunos de los puntos que pueden haber suscitado cierta confusión. El propósito ha sido facilitar la interpretación de los estudios epidemiológicos sobre el efecto cancerígeno de la carne, clarificar que la clasificación como cancerígena de una sustancia solo refleja la fuerza de la evidencia y no el grado de riesgo, lanzar un mensaje de tranquilidad, y recordar la importancia de la dieta tradicional mediterránea como un modelo a seguir en nuestra alimentación.

Recordamos que el Código Europeo sobre el cáncer en la última revisión presentada en octubre de 2014 recomienda evitar el consumo de carne procesada y limitar el consumo de carne roja (<http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>).

Fuentes: Bouvard V, et al. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol.* 2015 (online); [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00444-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00444-1)

Sociedad Española de Epidemiología. ¿Cómo interpretar la evaluación de la carne roja y procesada por parte de la IARC (OMS)? Barcelona, 2015. Disponible en <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/Declaraci%C3%B3nSEECarneIARC.pdf>

EL ATLAS DEL CÁNCER

EL ATLAS DEL CÁNCER

Segunda edición

Aberril Jemal
Paulo Vinals
Freddie Bray
Lindsey Torre
David Forman



El Atlas del Cáncer es una publicación global promovida por la Sociedad Americana del Cáncer (ACS), la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) y la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC). Existe la opción de explorar datos mostrando mapas a nivel

mundial con la representación en los mapas de la distribución de los apartados mostrados en las secciones que se detallan a continuación.

En la primera sección se realiza una descripción de los factores de riesgo, analizando específicamente el consumo de tabaco, las infecciones, la dieta, masa

corporal y actividad física, la radiación ultravioleta, los factores reproductivos y hormonales, la contaminación medioambiental, las exposiciones ocupacionales y los carcinógenos humanos identificados por el programa de monografías de la IARC.

En el apartado de carga de enfermedad se revisa la carga por cáncer centrándose en el cáncer de pulmón, de mama y cáncer infantil. Se representa la diversidad regional en grandes zonas geográficas del mundo o continentes, estimándose que en 2012 había 32,6 millones de personas vivas que habían sido diagnosticadas de cáncer dentro de los cinco años anteriores.

En relación a la adopción de medidas, se describen las intervenciones y su potencial impacto, y se aborda un enfoque poblacional y sistémico de la promoción de salud. Al incluir aspectos que van desde la vacunación hasta el control del dolor, incluyendo investigación, políticas, recursos y organizaciones, presenta una visión amplia y detallada de todo el proceso que contribuye al control del cáncer.

Mención específica se realiza a los Registros de cáncer como sistemas de vigilancia indicando que los datos fiables de incidencia y mortalidad del cáncer son una necesidad cada vez mayor, sobre todo en los ámbitos que tienen un Índice de Desarrollo Humano bajo y medio.

Disponible en:

<http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/Cancer-Atlas-Spanish.pdf>
Referencia: Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Eds). El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014

También disponible en: www.cancer.org/canceratlas.

Edita:

Servicio de Epidemiología.
D.G. de Salud Pública y Adicciones.
Consejería de Sanidad.
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:

M^a Dolores Chirlaque, Lluís Cirera, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Ana Belén Moreno, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Juan Antonio Sánchez, Carmen Santiuste.

Coordinadora de Edición:

Ana Belén Moreno López.

Coordinador Administrativo:

José Luis García Fernández.

Suscripción: Envío Gratuito.

Solicitudes: bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987