

COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGION DE MURCIA
 CONSEJERIA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 SECCION DE EPIDEMIOLOGIA

INDICE :

- 1. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA
 - 1.1. SITUACION REGIONAL..... 8
 - 1.2. DISTRIBUCION POR COMARCAS 9
- 2. ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA10.
- 3. COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO REGIONAL
 - SINDROME DE REYE10-12
- 4. PORCENTAJE DE DECLARACION SEMANAL 11.

 * BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL DE MURCIA *

N. 327

1.1. SITUACION REGIONAL DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA DE LA SEMANA 3 (DEL 13 AL 19 DE ENERO DE 1985.

ENFERMEDADES (SEGUN LISTA DE E.O.O. RES. 22-12-1981)	CODIGO C.I.E. - O.M.S. (1975)	CASOS DECLARADOS		CASOS ACUMULADOS		MEDIANA 78-84	
		SEMANA 3 1985	SEMANA 3 1984	SEMANA 3 1985	SEMANA 3 1984	SEMANA 03	ACUMUL.
FIEBRE TIFOIDEA	002	0	0	6	1	2	5
DISENTERIA	004	0	5	0	10	0	0
* TOXI-INFEC. ALIMENTARIA	003---005	0	23	7	38		
* PROCESOS DIARREICOS	006---009	1.299	1.148	3.575	2.862		
* I.R.A. IN.RESP.AGUDA	460---466	10.496	6.077	29.424	18.277		
GRUPE	487	3.494	1.740	9.916	5.479	1.035	2.980
* NEUMONIA	480---486	16	10	32	25		
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	011 012	4	5	11	10	2	6
SARAMPION	055	4	7	7	15	20	55
5 RUBEOLA	056	28	24	48	35	9	28
VARICELA	052	119	95	352	277	60	158
ESCARLATINA	034.1	1	9	8	13	4	8
BRUCELOSIS	023	3	5	8	10	2	7
* SIFILIS	091	0	3	1	5		
* INFECCION GONOCOCICA	098.0,098.1	23	15	55	49		
INFECCION MENINGOCOCI.	036	2	1	9	11	5	16
5 HEPATITIS	070	18	6	52	19	6	19
5 PAROTIDITIS	072	227	174	661	491	30	88
5 TOS FERINA	033	14	31	40	82	29	82

* EN ESTAS ENFERMEDADES NO SE PUEDE CALCULAR LA MEDIANA POR SER DE NOTIFICACION POSTERIOR A 1980
 5 DATOS CORRESPONDIENTES AL ULTIMO QUINQUENIO

1.2. DISTRIBUCION COMARCAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (SEMANA 3 DE 1985)

9 .

COMARCA		NOROESTE	ALTIPLANO	LORCA	CARTAGENA	MULA	ALCANTARI.	CIEZA	MOLINA	FORT/ABAN.	MURCIA CAP
POBLACION		61.521	49.970	110.866	238.201	21.820	41.265	47.996	76.636	26.327	284.585
TASA 100000 H		1,62	2,00	0,90	0,41	4,58	2,42	2,08	1,30	3,79	0,35
FIEBRE	CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TIFOIDEA	AC	0	3	0	2	0	0	0	0	0	1
PROCESOS	CA	91	174	93	368	2	25	32	109	10	395
DIARREICOS	AC	284	434	292	878	4	88	108	327	56	1.104
I.R.A.	CA	479	683	714	2.681	17	515	906	1.261	691	2.549
IN.RESP.AGUDA	AC	1.458	1.929	2.290	6.767	78	1.743	2.066	4.026	2.062	7.005
GRIPE	CA	186	0	680	544	52	113	68	261	139	1.451
	AC	645	107	1.866	1.484	124	353	202	964	321	3.850
NEUMONIA	CA	0	0	0	0	0	0	0	1	2	13
	AC	0	0	0	3	0	1	0	1	8	19
TUBERCULOSIS	CA	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1
RESPIRATORIA	AC	2	0	2	1	0	0	2	0	1	3
SARAMPION	CA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	AC	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
RUBEOLA	CA	4	0	6	4	0	0	0	1	0	13
	AC	4	0	10	6	0	0	0	1	1	26
VARICELA	CA	8	8	5	31	0	14	2	27	2	22
	AC	37	17	18	52	0	50	12	103	5	58
ESCARLATINA	CA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	AC	0	0	0	2	0	0	0	3	0	3
BRUCELOSIS	CA	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	AC	5	0	2	1	0	0	0	0	0	0
SIFILIS	CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
INFECCION	CA	7	0	5	2	0	0	7	2	0	0
GONOCOCICA	AC	13	1	11	6	0	2	10	4	1	7
INFECCION	CA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
MENINGOCOCI.	AC	0	0	1	1	0	1	1	1	0	4
HEPATITIS	CA	2	0	0	10	2	1	0	0	0	3
	AC	9	1	0	22	8	1	0	0	0	11
PAROTIDITIS	CA	2	0	25	63	0	41	5	1	13	77
	AC	8	1	133	94	0	131	16	7	53	218
TOS	CA	0	0	0	6	0	0	0	2	1	5
FERINA	AC	2	0	0	12	0	0	0	8	3	15

Enfermedades (según lista de E.D.O. des. 22-12-1981)	Código C.I.E.-O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 3		Casos acumulados semana 3	
		1985	1984	1985	1984
Fiebre reumática aguda	390 -392	3	1	9	7

* De las restantes no se ha recibido ninguna notificación en este año.

3. COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO REGIONAL: SINDROME DE REYE

Se ofrece esta semana un resumen elaborado en base a sendas revisiones efectuadas por la Dirección General de Salud Pública/ del Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con el Síndrome/ de Reye^{1,2}, que ha sido objeto también de comentarios en los diferentes medios de comunicación, y con el fin de aportar al lector datos actualizados sobre el mencionado síndrome. Se trata na da más que de un subrayado de algunos aspectos, remitiéndose a/ los interesados al resto de literatura científica aparecida so-- bre el tema.

El Síndrome de Reye es una entidad clínico-patológica, descrita en 1963 que afecta fundamentalmente a los niños en edad es colar y cuya etiología no está muy bien aclarada.

A efectos de Vigilancia Epidemiológica los Centros para el Control de la Enfermedad de Atlanta, Estados Unidos (CDC) define el caso como aquel que presenta:

1° Encefalopatía no inflamatoria aguda de causa desconocida y documentada por el cuadro clínico y, si es posible, / por una muestra de LCR que contenga 8 leucocitos o menos por milímetro cúbico o cortes de cerebro que demuestren/ un edema cerebral sin inflamación meníngea ni perivascular.

2° La encefalopatía debe acompañarse de:

- degeneración grasa hepática diagnosticada histológicamente, en biopsia o autopsia, o bien
- un aumento de tres veces o más de las cifras de GOT, / o GPT o de amonio sérico.

3° No debe existir ninguna explicación más razonable de estas anomalías cerebrales y hepáticas

En EEUU se han notificado aproximadamente de 200 a 400 casos anuales (Tabla 1), afectando igualmente a niños y niñas generalmente blancos, de edades comprendidas entre 1 mes y 23 años, / con una media de 7-8 años. Durante 1984 se han comunicado hasta / ahora 190 casos, con la siguiente distribución por edades: de / 0-4 el 29%, de 5-9 el 18%, de 10-14 el 38%, de 15-19 el 3% y el / 2% tenía 20 años o más. La letalidad calculada sobre 173 casos/ ha sido del 26%. Se ha observado una fuerte correlación temporal y geográfica con la gripe tipo B. Por el contrario, la relación/ epidemiológica en la gripe tipo A no está tan clara, ya que en / general el mayor número de casos ha coincidido con los años en / que predomina la actividad gripal tipo B (tabla 1).

En Canada se notifican, desde hace 15 años, alrededor de / 15-25 casos anuales.

En estos dos países se cree que la notificación es incompleta debido a la dificultad en el diagnóstico y la probable existencia de una forma subclínica de enfermedad. Por las mismas razones se considera que se está sobreestimado la tasa de letalidad.

En las Islas Británicas, en el primer año de estudio, se notificaron 30 casos sospechosos de características similares a / las descritas en cuanto a distribución por edad y sexo y cuadro/ clínico, aunque con incidencia menor respecto a EEUU. En este /

país no se ha demostrado una asociación clara con la infección por gripe B. El número de casos anuales, desde 1982, es de 30-50 aproximadamente.

Relación con la varicela y salicilados

Un año antes que Reye et al, Mortiner y Lepow describieron cuatro casos de varicela mortal en la infancia, asociados/a la toma de salicilatos; en tres se encontraron signos típicos en la autopsia: degeneración grasa del hígado, edema cerebral y ausencia de cambios patológicos específicos del virus./ De este modo, en 1962 se recogían las características del Síndrome, se establecía la relación con una infección viral y se cuestionaba el papel de los salicilatos.

Las investigaciones que se realizan en Ohio, Michigan y / Arizona indican que la ingesta de salicilatos es un factor que contribuye, lo que ha llevado a la recomendación oficial de / que no se administren a los niños con gripe o varicela, medicamentos que los contengan. Sin embargo, el Síndrome también aparece en ausencia de terapéutica con salicilatos. Es más, algunos autores cuestionan su papel y sugieren que el uso mayor de aspirina refleja una respuesta terapéutica a la gravedad de / las fases prodrómicas.

El virus varicela-zoster aparece implicado en un 16-20% / de los casos de Síndrome de Reye en algunos estudios.

En Toronto, una revisión de los hallazgos de autopsia en / niños que tenían varicela al morir reveló que el 32% tenía / Síndrome de Reye.

En EEUU se ha creado un grupo especial formado por miembros de los Institutos Nacional de Salud (NIH), la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y los Centros para el Control de la Enfermedad (CDC) para realizar un estudio amplio y completo. Como parte primera de este estudio se ha llevado a cabo, entre febrero y mayo de 1984, un estudio piloto que ha incluido a 29 casos de Síndrome de Reye y a 143 niños controles. Mediante este estudio se ha podido definir el riesgo de enfermedad en relación con los salicilatos llegando a conclusiones semejantes u observándose incluso un riesgo mayor que en los estudios anteriores.

Revisados los resultados obtenidos, el Instituto de Medicina de los EEUU (IOM) ha formulado el 8 de enero de 1985 una serie de recomendaciones entre las que se encuentra el que se realice el estudio amplio y completo, y que, mientras se cono-

cen los resultados definitivos, se aconseja a los médicos, padres y niños mayores que se automedican consideren el probable mayor / riesgo de Síndrome de Reye asociado al uso de salicilatos, incluyendo los jóvenes con procesos gripales o varicela.

NOTA DE REDACCION

La valoración del probable mayor riesgo asociado al uso de / salicilatos debería hacerse teniendo en cuenta, entre otras, las siguientes consideraciones:

- 1) Las investigaciones etiológicas realizadas hasta ahora están / basadas exclusivamente en estudios caso-control, que por el tipo de diseño son susceptibles de muchas variedades de sesgos y en general, suponen un nivel de evidencia inferior a los estudios longitudinales, y a los ensayos controlados. El grado de evidencia que aportan se hace más sólido cuanto mayor es el / riesgo relativo detectado y es más el número de estudios que / llegan a la misma conclusión.
- 2) La detección de reacciones adversas infrecuentes a los fármacos es difícil, aunque las probabilidades de descubrirlas, son mayores cuanto más extendido está su uso. Ello debe tenerse en cuenta a la hora de valorar el uso de medicamentos alternativos, de utilización mucho menos común que los salicilatos.

Referencias

- 1. Anónimo. Revisión del Síndrome de Reye. Boletín Epidemiológico/Semanal. Sem. 43/1984: 337-39.
- 2. Informe sobre Síndrome de Reye. Mecanografiado. Madrid 25-1-85.
- 3. Schlesselman JJ. Case-Control Studies. Design, Conduct, Analysis. New York: Oxford University Press, 1982.
- 4. Bulpitt C. Screening for adverse drug reactions. Br J Hosp Med. 1977; 18: 329-34.

4. PORCENTAJE DE DECLARACION SEMANAL			
. Total Regional: 78,86%			
. Municipios con menos del 80%:			
Abanilla	0,0%	Lorca	76,1%
Albudeite	0,0%	Moratalla	40,0%
Beniel	33,3%	P.Lumbreras	33,3%
Caravaca	75,0%	San Javier	25,0%
Cartagena	52,3%	T.Pacheco	66,6%
Ceutí	33,3%	Villanueva	0,0%
Jumilla	0,0%		

TABLA 1

INCIDENCIA DEL SINDROME DE REYE. EE.UU. 1.974 Y 1.977-1.984

Año (1 Dic.-30 Nov.)	Actividad gripal mayor	Nº de casos	Incidencia ¹	Letalidad Defunciones/casos ² (%)
1.974 ³	B	379	0,58	157/379 (41)
1.977	B	454	0,71	156/373 (42)
1.978	A (H3N2), (H1N1)	237	0,37	66/225 (29)
1.979	A (H1N1)	389	0,62	113/349 (32)
1.980	B	548	0,88	114/516 (22)
1.981	A (H3N2), (H1N1)	313	0,49	89/296 (30)
1.982	B	222	0,35	73/208 (35)
1.983	A (H3N2), (H1N1)	198	0,32	57/181 (31)
1.984	A (H1N1), B	190 ⁴	0,30	45/173 (26)

1. Casos/100.000 habitantes menores de 18 años.
2. Con resultado conocido.
3. Periodo de 15 de diciembre de 1.973 a 10 de junio de 1.974.
4. Resultado preliminar, casos notificados hasta el 8 de enero de 1.985.