

Boletín Epidemiológico de Murcia



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud

Vol. 12 Nº 504. Págs. 119-124

Datos correspondientes a las semanas nº 47-48.

Período comprendido entre el 18 de noviembre y 1 de diciembre de 1990

Servicio de Epidemiología - Ronda Levante, 11. 30008-MURCIA - Telfs.: 36 20 00 / 36 20 39

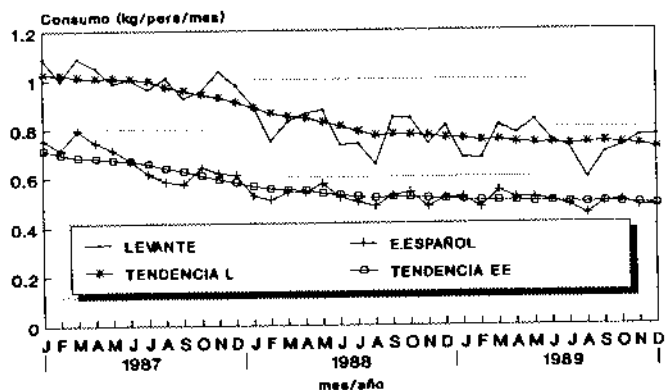
TENDENCIAS DEL CONSUMO ALIMENTARIO EN LEVANTE Y ESTADO ESPAÑOL. 1987 - 1989 (y II)

RESULTADOS (Continuación)

Alimentos ricos en proteínas:

Hemos visto ya la evolución del consumo de los alimentos que nos van a aportar la mayor parte de las proteínas de origen animal (carnes, productos lácteos, pescados y huevos). Las de origen vegetal van a ser aportadas prioritariamente por los cereales situándose las verduras y legumbres a gran distancia (7). De entre los cereales y derivados ya hemos comentado aspectos concernientes a la evolución del consumo de pan, pastas, bollería... No podemos evitar hablar en la zona que estudiamos, del **arroz**. Se han producido descensos importantes de consumo. Mientras en 1987 los consumos medios en Levante y España eran 12.1 y 8.1 Kg/pers/año, son de 8.8 y 6.0 en 1989.

FIGURA 11.
EVOLUCION CONSUMO ARROZ
LEVANTE-ESTADO ESPAÑOL. 1987-89



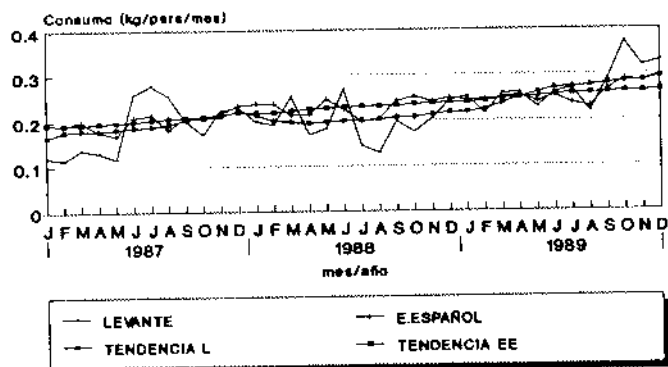
Fuente: Paneles Consumo Alimentario.
Mtrio. Agric. Pesca y Alim.

Otros Productos Alimentarios de Interés:

Vemos como, dentro de un espectacular incremento de la demanda de **platos preparados** para el consumo en el hogar (figura 12), la región levantina llega, en 1989, a superar los consumos medios estatales.

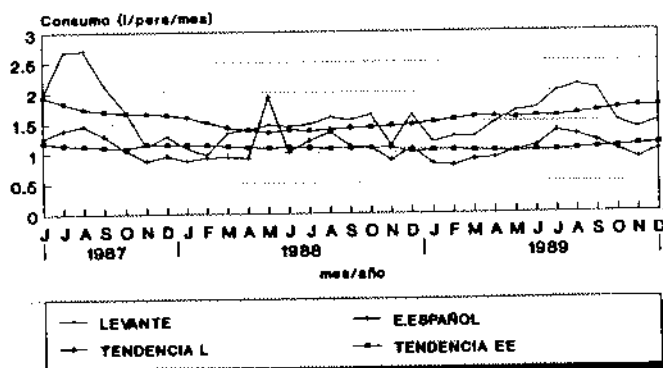
En cuanto a bebidas alcohólicas, en el conjunto estatal formamos parte de la España no vinícola (figuras 13 y 14) caracterizándonos por un elevado consumo de **cerveza**. El consumo de la misma parece estable, al margen de posibles variaciones interanuales, pero las series son demasiado cortas para apreciar este fenómeno.

FIGURA 12.
EVOLUCION CONSUMO PLATOS PREPARADOS
LEVANTE-ESTADO ESPAÑOL. 1987-89



Fuente: Paneles Consumo Alimentario.
Mtrio. Agric. Pesca y Alim.

FIGURA 13.
EVOLUCION CONSUMO CERVEZA
LEVANTE-ESTADO ESPAÑOL. 1987-89



Fuente: Paneles Consumo Alimentario.
Mtrio. Agric. Pesca y Alim.

Situación regional de las enfermedades de declaración obligatoria de la semana 47 (del 18 al 24 de noviembre de 1990). Resultados provisionales.

Enfermedades (según lista de EDO) O. 28-11-1989	Código C.I.E.-O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 47		Casos acumulados semana 47		Mediana 85-89	
		1990	1989	1990	1989	Semana 47	Acumul.
Fiebre Tifoidea	002	0	1	49	112	1	121
Disenteria	004	0	1	1	3	1	20
Toxi-Infec. Alimentaria	003-005	1	2	532	538	2	721
Procesos diarreicos	006-009	1.251	1.454	75.478	78.745	1.562	78.745
I.R.A. inf. resp.	460-466	14.393	14.945	552.758	603.717	14.563	497.807
Gripe	487	1.341	1.284	112.755	104.685	2.015	104.685
Neumonía	480-486	42	70	2.500	3.356	63	2.646
Tuberculosis respirat.	011,012	2	3	184	231	3	198
Sarampión	055	0	0	76	2.102	1	915
Rubeola	056,771,0	1	9	872	610	9	1.090
Varicela	052	38	81	8.489	12.113	59	12.352
Escarlatina	034	4	0	118	80	2	292
Brucelosis	023	1	1	50	77	1	98
Sífilis	091	0	0	11	16	0	39
Infección Gonocócica	098,0,098,1	2	1	49	76	6	222
Infección Meningocócica	036	2	1	92	93	2	98
Hepatitis	070	4	2	270	262	5	428
Parotiditis	072	4	3	242	657	10	657
Tosferina	033	0	0	32	224	2	224
4 Otras meningitis	047,9,320,8	1	1	85	109	2	102
4 Otras tuberculosis	013-018	0	1	21	24	0	17
3 Otras E.T.S.	099,131,0	12	30	648	1.174	15	1.084

3 Datos correspondientes al último trienio. 4 Datos correspondientes al último cuatrienio.

Distribución por Areas de Salud, de los casos de enfermedades de declaración obligatoria (semana 47 de 1990)

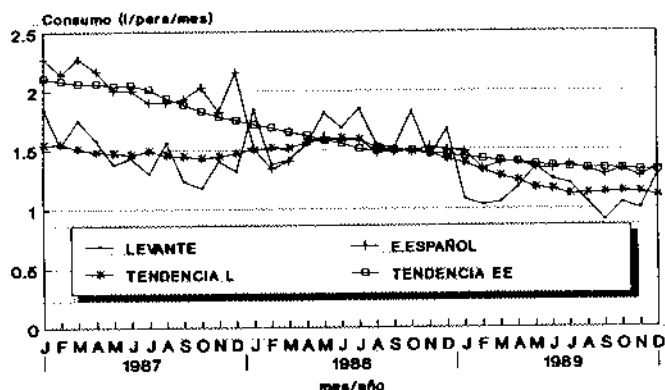
Areas de Salud	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Oriental	Mun. Murcia	Mun. Cartagena
Población (padrón 1986)	387.626	249.598	119.467	65.497	47.643	144.364	309.504	168.809
Tasa: 1 caso/100.000 h.	0,25	0,40	0,83	1,52	2,09	0,69	0,32	0,59
Cobertura semana	73,6	63,4	74,1	97,3	75,0	91,6	65,8	44,1
Enfermedades acumulación	73,8	58,8	74,3	88,8	93,3	89,5	68,0	39,3
Fiebre casos	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifoidea acumulación	5	19	6	6	6	7	5	10
Disenteria casos	0	0	0	0	0	0	0	0
acumulación	0	1	0	0	0	0	0	0
Toxi-infec. casos	1	0	0	0	0	0	1	0
Alimentaria acumulación	188	89	23	38	71	123	167	50
Procesos casos	501	276	84	102	38	250	355	141
Diarreicos acumulación	30.751	16.437	4.806	5.427	6.388	11.669	24.840	8.939
I.R.A. casos	5.422	3.261	1.346	1.010	807	2.547	3.948	1.474
Inf. resp. aguda acumulación	213.587	111.201	49.849	41.831	45.592	90.698	162.789	45.258
Gripe casos	502	224	154	146	18	297	439	101
acumulación	39.279	20.375	20.066	10.267	4.132	18.636	25.877	9.540
Neumonía casos	16	6	2	7	5	6	15	2
acumulación	978	469	122	263	223	445	707	272
Tuberculosis casos	0	1	0	0	0	1	0	0
Respiratoria acumulación	66	57	18	7	3	33	60	37
Sarampión casos	0	0	0	0	0	0	0	0
acumulación	14	31	15	4	3	9	5	15
Rubeola casos	1	0	0	0	0	0	0	0
acumulación	419	169	123	29	73	59	246	92
Varicela casos	15	5	4	8	5	1	10	4
acumulación	2.635	1.564	855	736	712	1.987	1.665	619
Escarlatina casos	1	1	0	1	1	0	0	1
acumulación	26	12	1	21	13	45	15	4
Brucelosis casos	0	0	0	0	1	0	0	0
acumulación	5	14	16	11	2	2	2	11
Sífilis casos	0	0	0	0	0	0	0	0
acumulación	5	4	0	0	0	2	5	2
Infección casos	0	1	0	0	0	1	0	1
Gonocócica acumulación	11	11	5	1	1	20	6	7
Infección casos	0	1	0	1	0	0	0	1
Meningocócica acumulación	43	15	4	2	4	24	31	11
Hepatitis casos	0	2	0	0	0	2	0	1
acumulación	115	48	14	14	10	69	106	25
Parotiditis casos	2	2	0	0	0	0	1	1
acumulación	88	74	12	9	5	54	69	44
Tosferina casos	0	0	0	0	0	0	0	0
acumulación	9	1	3	11	0	8	9	0
Otras casos	1	0	0	0	0	0	1	0
Meningitis acumulación	44	17	2	1	1	20	32	13
Otras casos	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis acumulación	8	4	2	0	1	6	8	3
Otras casos	2	2	0	5	0	3	2	0
E.T.S. acumulación	173	169	19	67	18	202	137	57

Situación regional de las enfermedades de declaración obligatoria de baja incidencia, correspondiente a la semana 47 de 1990

Enfermedades (según lista de EDO) O. 28-11-1989	Código C.I.E.-O.M.S. (1975)	Casos declarados Semana 47		Casos acumulados semana 47	
		1990	1989	1990	1989
Carbunco	022	0	0	1	1
Fiebre Exant. Mediterránea	082,1	0	0	26	14
Fiebre Reumática	390-392	1	3	80	110
Leishmaniasis	085	0	0	1	1
Paludismo	084	0	0	2	1
Tétanos	037,771,3	0	0	1	1

En cuanto al consumo total de **vinos** anotemos que en 1987 se consumieron 47 l/pers/año incluyendo los vinos de mesa, y los espumosos. Los hogares consumen el 58% de los vinos y el 41.5% la hostelería. Vemos en la figura 14 como el consumo de vino está en claro retroceso en los hogares españoles en general y levantinos en particular.

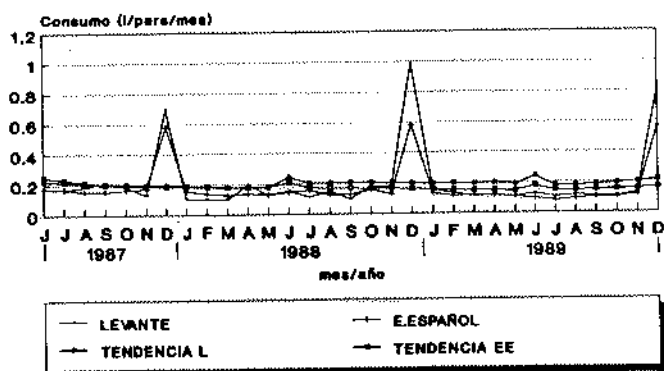
FIGURA 14.
EVOLUCION CONSUMO VINO MESA
LEVANTE-ESTADO ESPAÑOL. 1987-89



Fuente: Paneles Consumo Alimentario.
Mtno. Agric. Pesca y Alim.

En el apartado de **otras bebidas alcohólicas** se incluye además de los destilados, la sidra. El aumento del consumo global de estas bebidas en el período analizado es despreciable (Figura 15).

FIGURA 15.
EVOLUCION CONSUMO OTRAS BEBIDAS ALCOHOLICAS
LEVANTE-ESTADO ESPAÑOL. 1987-89



Fuente: Paneles Consumo Alimentario.
Mtno. Agric. Pesca y Alim.

DISCUSION:

Desconocemos la validez y reproductibilidad de la técnica utilizada en la estimación de las disponibilidades alimentarias. Así no sabemos la parte de la variabilidad observada relativa a la propia técnica. Tampoco conocemos en qué medida el efecto aprendizaje está jugando en ciertos individuos mejorando la precisión de las mediciones.

Al margen de estos importantes aspectos, a nosotros nos interesa comprobar si las tendencias reflejadas por esta fuente de información son coherentes con las señaladas por otras que utilizan técnicas diferentes de estimación de disponibilidades como las encuestas de presupuestos familiares del INE, los Balances Alimentarios Nacionales de la FAO, o diversos estudios directos puntuales sobre una misma población. La evolución señalada por esas fuentes tiene importantes puntos en común (12).

El método activo utilizado en la recogida de información elimina la participación de la población iletrada no siendo los resultados por tanto representativos del conjunto de la población española sino de la población que sabe leer y escribir.

La sistemática sustitución de familias seleccionadas, que suspenden su colaboración en el estudio, por otras de similares características nos aleja del azar como principio de la selección y nos acerca a una muestra

de individuos voluntarios. Como dice la propia publicación, estamos más cerca de un estudio opinático que de un estudio probabilístico.

Cuando decimos estar comparando los consumos, o disponibilidades, del Estado con las de la Región Levantina estamos cometiendo un error de cierta consideración, determinado por nuestro papel de usuarios de las publicaciones fuente de los datos utilizados. Si tuviéramos los datos originales podríamos calcular los parámetros que nos interesaran para la Zona de Levante y para el resto del Estado sin Levante, pudiendo compararlos tras los ajustes oportunos. En las medias de consumo estatales también está incluida la Zona de Levante, y su peso específico es importante al ser uno de los siete estratos geográficos del muestreo. Es por ello que las medias no son independientes unas de otras y por ello no podemos aplicar los test clásicos de comparación de medias dado que una de las condiciones de aplicación de los mismos es la independencia de los datos observados o en otros casos su apareamiento. No estamos en ninguna de las dos situaciones.

Un método indirecto de estimación del consumo alimentario como son los paneles de consumo alimentario donde el mismo no se recoge individualmente, no nos permite ajustar los datos en función al sexo y edad, estandarizaciones básicas si queremos comparar los consumos estatales a los regionales o entre regiones y períodos diferentes.

Vemos como el pan que además de almidones nos va a ofertar un aporte fundamental de las fibras va descendiendo con claridad año a año. Así en el período estudiado desciende el consumo el 14.8 y 11.2% en Levante y Estado. La tendencia de la demanda hostelería e institucional es también decreciente según se indica en la publicación de referencia. Lamentablemente el papel sustitutivo que las pastas alimenticias o el arroz pudieran jugar no se cumple. Como vemos el consumo de arroz está en regresión y el de las pastas se mantiene constante no siendo su demanda de magnitud importante en nuestro país. El descenso del consumo medio de patatas en el 10.5 y 12.6% en los tres últimos años en Levante y Estado Español, colaboran en este negativo fenómeno.

La tendencia señalada por el incremento de consumo de fruta fresca es un hecho positivo que también se ha producido en los países de nuestro entorno, fruto probablemente del aumento de nuestros conocimientos nutricionales y la rápida extensión de los mismos.

El descenso de consumo de azúcar de mesa tanto a nivel individual o familiar como el estancamiento de la utilización de la misma por algunas ramas de la industria alimentaria no debe hacernos olvidar que por una parte no disponemos de los datos de consumo de los productos azucarados destinados fundamentalmente a los niños y por otra, desconocemos la distribución del consumo de los alimentos ricos en azúcares cariogénos según edad. La importancia de esta información se relaciona con la única patología conocida ligada en términos de incremento de riesgo con el aumento de consumo de productos azucarados como es la caries dental.

El mantenimiento observado en el consumo de carnes y derivados, junto a un descenso ligero del consumo de leche y huevos indican que el aporte de ácidos grasos saturados (AGS) por esta vía parece limitarse lo cual es positivo desde una perspectiva de salud pública. Otras fuentes importantes como la bollería no parecen aumentar. La mantequilla no ocupa un lugar importante en nuestra dieta (9). Parece por tanto que al margen de distribuciones etarias, el consumo de alimentos fuente de AGS está en leve descenso.

Otra perspectiva es la de detenerse a observar los cambios en la importancia que las diferentes especies animales tienen como proveedoras de la carne de consumo humano en nuestro país. Es preocupante ver como las carnes menos ricas en AGS pierden peso absoluto, de forma espectacular en el caso de la carne de conejo, y mayormente relativo respecto al total del consumo cárnico mientras, y sobre todo en la región levantina, las carnes transformadas incrementan leve pero constantemente su demanda. Hubo un descenso de consumo del 40 y 28% para el conejo y 11 y 9.7% para pollo, en el período estudiado, a nivel de Levante y Estado Español respectivamente.

El descenso del consumo global de leche con un aumento de la leche descremada es un fenómeno ya producido en países con políticas alimentarias explícitas como Noruega donde, en 1985, la leche desnatada suponía ya el 17% del total de la leche consumida (4). Este fenómeno es positivo desde una perspectiva cardiosaludable y de descenso del aporte energético sin plantear problema alguno dado que en nuestro medio no existen carencias de vitaminas liposolubles, al menos conocidas, y tampoco de carencia en calcio de origen nutricional en edades infantiles. Un tema de actual investigación es el estudio entre ingesta de calcio y fragilidad ósea en la tercera edad.

Uno de los mejores hábitos alimentarios existentes en nuestro país es el elevado consumo de especies marinas, sin embargo en la zona Levantina sería de especial interés posibilitar aproximarse a los consu-

mos más elevados de todas las regiones peninsulares. Sus contenidos en determinados ácidos grasos polinsaturados (AGP) y descenso de riesgo cardiovascular a través de diversos mecanismos parece una cuestión aceptada en la actualidad por el conjunto de la comunidad científica.

En las líneas siguientes intentaremos esbozar algunos importantes fenómenos ilustrativos de la complejidad del fenómeno del cambio de los hábitos alimentarios en las sociedades desarrolladas. Cambio que se da al margen de la voluntad, más o menos libre, a nivel individual y que como veremos depende de causas que desde la producción al consumo van a recorrer toda la cadena alimentaria incluyendo aspectos psicológicos como el valor simbólico dinámico de un determinado producto.

Según los datos disponibles en la fuente de información utilizada, a diferencia de lo sucedido en Francia estos últimos años (1), el descenso de consumo de vino en el hogar no es explicado por una supuesta sustitución del vino de mesa de litro por los Vinos de Calidad Producidos en Regiones Determinadas (vcpdr, denominación oficial en la CE de los Vinos con Denominación de Origen) presentados en menores volúmenes y con menores graduaciones, ya que su venta volumétrica total y el porcentaje de hogares compradores de los vinos con denominación de origen han descendido levemente. La importancia del consumo hogareño de vino de mesa y vcpdr respecto al consumo total del mismo disminuye de forma constante en los tres años analizados. Otro tema de interés sería el conocer la evolución de la graduación de los vinos más demandados por los consumidores, ya que de esa manera conoceríamos indirectamente el comportamiento del consumo medio de alcohol atribuible al vino.

El aumento del consumo de platos preparados o de patatas procesadas, aunque partiendo de cifras muy bajas no deja de ser un fenómeno a considerar como otra característica de las tendencias hacia hábitos similares a los de los países desarrollados con economía de mercado. Los mayores precios de estos productos y su menor tiempo de preparación culinaria nos expresan probablemente cambios sociales y económicos rápidos que afectan a grupos de las poblaciones estudiadas. La integración de la mujer al mundo laboral y el incremento del nivel adquisitivo de algunos grupos sociales pueden estar en la base de estos hechos.

El comportamiento de la población respecto al azúcar de mesa, producto elaborado, puede constituir un paradigma de la rapidez con que se producen ciertos cambios de hábitos alimentarios y de la importancia del cambio del valor simbólico de los alimentos. Como hemos señalado anteriormente, la sacarosa juega un papel de riesgo conocido sólo en relación a una patología no grave aunque importante por su extensión y coste económico familiar como es la caries dental. Sin embargo en la actualidad parece tener un valor simbólico negativo generalizado que nos explicaría en parte la disminución de su consumo. Como hipótesis subyacente a este fenómeno no podemos olvidar tampoco la tendencia a limitar la ingesta calórica con objeto de responder al descenso de los requerimientos energéticos o a las modas estéticas actuales.

La diversidad de los hechos que determinan la evolución del consumo no son simples. Como se señala en los Paneles referidos a 1987, en el caso de las legumbres se ha dado un descenso muy acentuado de la producción, disminuyendo la superficie cultivada y estancándose los rendimientos unitarios de las mismas. Sin embargo el decremento de consumo observado es menor al de producción, determinando la necesidad de importaciones de garbanzos y lentejas.

Si atendemos al incremento del consumo de frutas frescas, en muchos países desarrollados la realización de campañas de educación para la salud en colaboración con los nutricionistas parecen estar en la base de este éxito salubrista.

CONCLUSIONES:

La evolución de los hábitos alimentarios que se está dando tanto a nivel estatal como a nivel de la zona levantina tiene sus aspectos positivos, que habrá que mantener o reforzar así como aspectos claramente negativos, a contrarrestar y aspectos oscuros o contradictorios.

Entre los primeros y con claridad podemos apuntar el aumento del consumo de frutas, sobre todo en Levante y el mantenimiento del consumo global de hortalizas.

Lamentablemente son más los fenómenos negativos. El decremento del consumo de pan, patatas, legumbres, arroz y el consecuente descenso de la ingesta de fibras, almidones, ciertas vitaminas, descenso de la densidad nutricional (micronutrientes/1000 kcal), y la potenciación de los desequilibrios nutricionales, están relacionados, aunque de manera inconsistente según acepción de los criterios de causalidad de Hill, con extensas patologías actuales.

Dada la extensión y gravedad de los problemas cardiovasculares y de ciertos tumores, y su relación con la ingesta de los diversos tipos de ácidos grasos (11), un cambio de tipología de consumo cármico como el observado, con un aumento de consumo de carnes grasas y un descenso de la demanda de carnes poco grasas, unido al mantenimiento del relativo esca-

so consumo de pescado en nuestra zona son fenómenos que van a aumentar claramente los riesgos de nuestra población en el capítulo de una de las más importantes patologías de nuestro medio.

Entre los fenómenos aún oscuros dada la escasa investigación sobre consumo alimentario que se realiza en España con técnicas directas de estimación, es el conocimiento de la distribución etaria de la ingesta de azúcar o alimentos y bebidas ricos en sacarosa o los alimentos ricos en calcio. Dicho conocimiento nos posibilitaría establecer las posibles repercusiones de los descensos en el consumo de la leche o el azúcar. Desde nuestros conocimientos actuales, nada se conseguiría, en términos de salud pública, si la leche fuera consumida en menor cuantía por los niños o ancianos o los productos azucarados lo fueran por los adultos.

Incluso un fenómeno como el aumento del consumo de platos elaborados o alimentos procesados que nutricionalmente es negativo al suponer una menor densidad nutricional, un mayor refinado de sus componentes, en general un mayor contenido graso de origen animal, desde un punto de vista social es un indicador positivo al reflejar un aumento del poder adquisitivo de ciertos grupos de población y la incorporación de la mujer al trabajo remunerado con el aumento de calidad de vida y salud que ambos fenómenos conllevan a tenor de las actuales teorías sobre promoción de salud. Es claro que nuestro interés debe centrarse en cambios de tecnología alimentaria que hagan posible la elaboración de productos más saludables.

Como hemos apuntado al inicio de la discusión los más acusados cambios alimentarios observados en nuestra Zona probablemente nos estén en parte reflejando la rápida urbanización e industrialización que se está produciendo en estos años en la zona estudiada, lo cual implica soluciones para determinados problemas y problemas nuevos a conocer y solucionar.

Este es un estudio basado en métodos indirectos de estimación del consumo del cual, en nuestra Región, no debemos deducir tareas de intervención concretas. Las mismas deben ser fruto de la acumulación de nuestros conocimientos y reflexiones sobre el estado nutricional de la población o de grupos importantes de la misma.

Ello no significa que las autoridades sanitarias deban despreocuparse de este complejo conjunto de factores protectores y de riesgo que constituye la dieta. A mi entender y vistas las tendencias generales de consumo su preocupación por sistemas de vigilancia nutricional, y su apoyo a estudios que con metodología rigurosa accedan a estimar el estado nutricional de nuestra población es fundamental.

El avance en el estudio de los factores y agentes implicados en la evolución de los hábitos de consumo alimentario y la necesaria actualización en las complejas bases teóricas de la evaluación de los estudios de intervención es otra de las tareas que a buen seguro aproximará en términos temporales las posibilidades de su consecución.

Por último señalar la importancia del abordaje y participación multi-departamental y multisectorial en un campo como el alimentario donde los intereses, comunes o dispares, proceden de sectores tan diversos.

Moreno Sueskun, Inaki.
SERVICIO DE EPIDEMIOLOGIA.
Consejería de Sanidad de Murcia.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Aubey C, Boulet D. La Consommation d'Alcool en France régresse et se transforme. *Vie Quotidienne*. 48-56.
- (2) Doll R, Peto R. The Causes of Cancer. *JNCI* 1981; 66:1191-1308.
- (3) Dupin H. L'Alimentation des Français. Evolution et problèmes nutritionnels. Ed. ESF. Paris 1978.
- (4) Helsing E. Políticas de Nutrición. Ed. Salvat, Barcelona 1988.
- (5) Hercberg S, Dupin H, Pápoz L, Galán P. Nutrition and Santé Publique. Approche Epidémiologique et Politiques de Prévention. Ed. Lavoisier, Technique et Documentation, Paris 1985.
- (6) Informe Técnico 724. Necesidades de Energía y Proteínas. OMS. Ginebra, 1985.
- (7) Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Dirección General de Política Alimentaria. Dieta Alimentaria Española. Madrid 1991.
- (8) Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Dirección General de Política Alimentaria. El Consumo Alimentario en España (Paneles de Consumo Alimentario). Madrid 1988, 1989 y 1990.
- (9) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Hojas de Balance Alimentario. Promedio 1979-81. Roma 1985.
- (10) Rumeau-Rouquette C, Breart G, Padiou R. Méthodes en Epidémiologie. Ed. Flammarion. Paris 1985.
- (11) Tomatis L, et Al. Cancer: Causes, Occurrence and Control. IARC Scientific Publications nº 100. Lyon, 1990.
- (12) U.T. Educación para la Salud. Dieta Mediterránea y Salud. Tendencia del Consumo de Alimentos en la Región de Murcia. Boletín Epidemiológico de Murcia. Vol. 12, 44-47. Murcia, 1990.
- (13) Willet N. Nutritional Epidemiology. Oxford University Press New York 1990.

Situación regional de las enfermedades de declaración obligatoria de la semana 48 (del 25 de noviembre al 1 de diciembre de 1990). Resultados provisionales.

Enfermedades (según lista de EDO) O. 28-11-1989	Código C.I.E.-O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 48		Casos acumulados semana 48		Mediana 85-89	
		1990	1989	1990	1989	Semana 48	Acumul.
		Fiebre Tifoidea	002	0	1	49	113
Disenteria	004	0	0	1	3	1	21
Toxi-Infec. Alimentaria	003-005	0	10	532	548	1	722
Procesos diarreicos	006-009	1.272	1.423	76.750	80.168	1.423	80.168
I.R.A. inf. resp.	460-466	15.540	15.168	568.298	618.885	15.168	513.111
Gripe	487	1.516	1.528	114.271	106.213	2.212	106.213
Neumonía	480-486	51	65	2.551	3.421	42	2.688
Tuberculosis respirat.	011-012	6	4	190	235	5	202
Sarampión	055	1	0	77	2.102	2	917
Rubeola	056,771.0	0	10	872	620	7	1.093
Varicela	052	50	124	8.539	12.237	124	12.523
Escarlatina	034	2	1	120	81	5	303
Brucelosis	023	3	2	53	79	2	98
Sífilis	091	0	0	11	16	0	40
Infección Gonocócica	098.0.098.1	1	2	50	78	4	225
Infección Meningocócica	036	0	3	92	96	1	98
Hepatitis	070	4	4	274	266	4	433
Parotiditis	072	1	7	243	664	12	664
Tosferina	033	1	0	33	224	7	224
4 Otras meningitis	047.9.320.8	0	3	85	112	2	104
4 Otras tuberculosis	013-018	0	0	21	24	0	19
3 Otras E.T.S.	099,131.0	4	15	652	1.189	20	1.126

3 Datos correspondientes al último trienio. 4 Datos correspondientes al último cuatrenio.

Distribución por Areas de Salud, de los casos de enfermedades de declaración obligatoria (semana 48 de 1990)

Areas de Salud	Murcia	Cartagena	Lorca	Noroeste	Altiplano	Oriental	Mun. Murcia	Mun. Cartagena
Población (padrón 1986)	387.626	249.598	119.467	65.497	47.643	144.364	309.504	168.809
Tasa: 1 caso/100.000 h.	0,25	0,40	0,83	1,52	2,09	0,69	0,32	0,59
Cobertura <i>semana</i>	72,1	60,0	82,8	97,3	79,2	85,5	65,2	47,3
Enfermedades <i>acumulación</i>	73,7	58,8	74,5	89,0	93,0	89,4	67,9	39,5
Fiebre <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifoidea <i>acumulación</i>	5	19	6	6	6	7	5	10
Disenteria <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>acumulación</i>	0	1	0	0	0	0	0	0
Toxi-infec. <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentaria <i>acumulación</i>	188	89	23	38	71	123	167	50
Procesos <i>casos</i>	484	247	168	97	94	182	362	154
Diarréicos <i>acumulación</i>	31.235	16.684	4.974	5.524	6.482	11.851	25.202	9.093
I.R.A. <i>casos</i>	5.753	3.402	1.751	992	816	2.826	4.163	1.837
In. resp. aguda <i>acumulación</i>	219.340	114.603	51.600	42.823	46.408	93.524	166.952	47.095
Gripe <i>casos</i>	517	269	333	138	32	227	447	117
<i>acumulación</i>	39.796	20.644	20.399	10.405	4.164	18.863	26.324	9.657
Neumonía <i>casos</i>	20	8	8	6	0	9	13	7
<i>acumulación</i>	998	477	130	269	223	454	720	279
Tuberculosis <i>casos</i>	5	0	0	0	0	1	4	0
Respiratoria <i>acumulación</i>	71	57	18	7	3	34	64	37
Sarampión <i>casos</i>	0	0	1	0	0	0	0	0
<i>acumulación</i>	14	31	16	4	3	9	5	15
Rubeola <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>acumulación</i>	419	169	123	29	73	59	246	92
Varicela <i>casos</i>	14	22	1	2	8	3	8	3
<i>acumulación</i>	2.649	1.586	856	738	720	1.990	1.673	622
Escarlatina <i>casos</i>	0	0	0	2	0	0	0	0
<i>acumulación</i>	26	12	1	23	13	45	15	4
Brucelosis <i>casos</i>	0	1	0	1	0	1	0	0
<i>acumulación</i>	5	15	16	12	2	3	2	11
Sífilis <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>acumulación</i>	5	4	0	0	0	2	5	2
Infección <i>casos</i>	0	1	0	0	0	0	0	1
Gonocócica <i>acumulación</i>	11	12	5	1	1	20	6	8
Infección <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningocócica <i>acumulación</i>	43	15	4	2	4	24	31	11
Hepatitis <i>casos</i>	2	1	1	0	0	0	2	0
<i>acumulación</i>	117	49	15	14	10	69	108	25
Parotiditis <i>casos</i>	1	0	0	0	0	0	1	0
<i>acumulación</i>	89	74	12	9	5	54	70	44
Tosferina <i>casos</i>	1	0	0	0	0	0	1	0
<i>acumulación</i>	10	1	3	11	0	8	10	0
Otras <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis <i>acumulación</i>	44	17	2	1	1	20	32	13
Otras <i>casos</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis <i>acumulación</i>	8	4	2	0	1	6	8	3
Otras <i>casos</i>	2	2	0	0	0	0	1	0
E.T.S. <i>acumulación</i>	175	171	19	67	18	202	138	57

Situación regional de las enfermedades de declaración obligatoria de baja incidencia, correspondiente a la semana 48 de 1990

Enfermedades (según lista de EDO) O. 28-11-1989	Código C.I.E.-O.M.S. (1975)	Casos declarados Semana 48		Casos acumulados semana 48	
		1990	1989	1990	1989
Carbunco	022	0	0	1	1
Fiebre Exant. Mediterránea	082.1	0	1	26	15
Fiebre Reumática	390-392	1	1	81	111
Leishmaniasis	085	0	0	1	1
Paludismo	084	0	0	2	1
Tétanos	037,771.3	0	0	1	1

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

Porcentaje de declaración semanal (semana 47 de 1990)**Total Regional: 75,32**

Municipios con cobertura inferior al 80%:

ALBUDEITE	0,00	MURCIA	65,82
CARTAGENA	44,09	RICOTE	0,00
CEUTI	33,33	YECLA	61,54
LORCA	37,50	ALCAZARES, LOS	0,00

Porcentaje de declaración semanal (semana 48 de 1990)**Total Regional: 74,05**

Municipios con cobertura inferior al 80%:

ALEDO	0,00	MURCIA	65,19
BLANCA	0,00	PLIEGO	0,00
CARTAGENA	47,31	RICOTE	0,00
CEUTI	33,33	T. DE COTILLAS, LAS	0,00
JUMILLA	54,55	UNION, LA	0,00
LORCA	62,50		

COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO REGIONAL

- Intoxicación/Infección Alimentaria: en este periodo se ha declarado un brote de infección vehiculada probablemente por alimentos, que afectó a 4 personas que habían consumido pollos adquiridos en un asador de Murcia.

La tasa de ataque global fue del 100%. El periodo de incubación osciló entre 17 y 42 horas, con una mediana de 26 horas. Todos los afectados presentaron algunos de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y fie-

bre. Se realizó coprocultivo a los afectados aislándose en 3 de ellos Salmonella Enteritidis serogrupo C. El alimento sospechoso (pollos) no pudo analizarse por no quedar restos. Se hizo inspección del local observándose como única deficiencia la no protección frente a roturas o cortes eléctricos.

- Fiebre Botonosa: en la semana 45 se ha notificado un caso de Fiebre Exantemática Mediterránea que corresponde a un varón de 61 años residente en Cartagena. Como antecedente epidemiológico se destaca la picadura de una garrapata.

BOLETIN QUINCENAL

Suscripción: envío gratuito, siempre que sea dirigido a cargo oficial. Solicitudes: Sección EPIDEMIOLOGIA
Dirección General de Salud, Consejería de Sanidad
Ronda Levante, 11. MURCIA 30008