

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL. REGION MURCIANA
 CONSEJO REGIONAL AREA DE SANIDAD
 DIRECCION DE SALUD
 Sección de Epidemiología
 Vol. 4 Nº 189

INDICE: 1. Estado de las enfermedades de declaración obligatoria
 1.1. Situación regional 43
 1.2. Distribución comarcal 44
 2. Comentario epidemiológico regional 43
 3. Toxi-Infecciones Alimentarias 45-47

1.1. SITUACION REGIONAL DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA EN LA SEMANA 20 (del 16 al 22 de Mayo de 1982)

	casos declarados semana 20		acumulación casos semana 20		mediana 1975-81		indice epidémico	
	1982	1981	1982	1981	sem. 20	acumul.	semana 20	acumul.
Fiebre Tifoidea	8	9	98	58	2	17	4,0	5,8
Brucelosis	1	10	67	121	2	42	0,5	1,6
Infección Meningocócica	1	9	65	106	2	76	0,5	0,9
Varicela	398	641	5.095	4.778	101	835	4,0	6,1
Sarampión	404	99	2.733	511	109	1.801	3,8	1,6
Gripe	746	712	22.305	50.324	592	5.851	1,3	3,9
Escarlatina	11	11	154	63	2	49	5,5	3,1
Poliomielitis	0	0	0	1	0	0	1,0	1,0
Tuberculosis Pulmonar	0	4	64	66				
Parotiditis	68	192	1.335	1.385				
Tos Ferina	190	56	2.238	132				
Hepatitis Vírica	15	21	501	120				
Rubeola	82	31	610	183				
Fiebre Reumática Aguda	5	18	73	67				
Paludismo	0	0	0	0				
Lepra	0	0	0	1				
Neumonía	7	-	68	-				
Tétanos	1	1	4	3				
Disentería	1	0	40	10				
Gonococia	21	13	279	66				
Sífilis	1	2	25	6				

+ : operación no realizable

Casos sobre mediana 0 : ninguno

Indice Epidémico superior o igual a 1,25 : F. TIFOIDEA (4,0)
 VARICELA (4,0)
 SARAMPION (3,8)
 GRIPE (1,3)
 ESCARLATINA (5,5)

Indice Epidémico inferior o igual a 0,75 : BRUCELOSIS (0,5)
 INF. MENINGOC. (0,5)

2. Comentario epidemiológico regional : TETANOS

Esta semana se ha producido 1 caso de tétanos con lo cual // son 4 los acumulados frente a 3 en igual período del año anterior. Se trata de una mujer de 58 años de Villanueva de Segura.

Insistimos en la necesidad de la vacunación antitetánica de / todos los adultos.

1.2. DISTRIBUCION COMARCAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (semana 20 -1982-)

44

POBLACION	NOROESTE 65.044	ALTIPLANO 46.276	LORCA 165.512	CARTAGENA 238.151	MULA 23.064	ALCANTAR. 41.501	CIEZA 49.311	MOLINA 76.780	FORT/ABAN. 27.400	MURCIA CAP. 288.465
Tasa de 1 caso x 100.000 hab.	1,55	2,2	0,6	0,42	4,39	2,44	2,05	1,33	3,71	0,35
Fiebre ca.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Tifoidea ac.	4	7	2	33	0	0	1	8	2	41
Brucelosis ca.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ac.	9	4	16	13	2	1	2	9	1	10
Infección ca.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningocóc. ac.	1	3	2	26	0	2	2	11	0	18
Varicela ca.	29	19	56	97	6	10	0	20	24	137
ac.	249	192	757	1.547	15	54	136	257	156	1.732
Sarampión ca.	11	0	36	176	3	24	0	65	15	74
ac.	105	0	138	1.168	30	127	32	487	64	582
Gripe ca.	12	44	73	171	0	0	57	60	6	323
ac.	306	836	3.087	3.445	115	990	1.165	3.342	368	8.651
Tuberculos. ca.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pulmonar ac.	4	2	5	9	2	2	3	8	0	29
Parotiditis ca.	1	4	8	7	1	8	0	20	0	19
ac.	6	27	211	112	4	54	0	574	37	310
Tos Ferina ca.	0	5	57	9	0	0	0	2	4	113
ac.	0	10	112	410	0	26	6	281	71	1.322
Hepatitis ca.	0	0	0	4	1	0	0	3	0	7
ac.	8	19	14	87	57	11	3	45	7	250
Ruboola ca.	0	0	4	26	0	5	0	8	7	32
ac.	34	9	53	155	5	5	0	67	36	246
Fiebre ca.	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0
Reumática A. ac.	0	5	7	1	0	1	2	7	17	33
Tétanos ca.	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ac.	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1
Neumonia ca.	1	0	0	2	0	0	0	0	1	3
ac.	4	0	2	23	0	1	0	11	4	23
Gonococia ca.	0	1	1	2	1	0	3	1	0	12
ac.	3	3	23	39	5	26	32	37	7	104
Sífilis ca.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ac.	0	0	1	1	0	0	4	1	0	18

1. INTRODUCCION

Debido a una serie de problemas internos relacionados con / déficit de personal, el Boletín Epidemiológico Semanal se viene / publicando en los últimos meses, con cierto retraso, que en al- / gunas ocasiones ha alcanzado ocho o diez números. Como consecuen / cia, sus funciones se han visto recortadas en la medida que la / información que se analizaba o las noticias publicadas estaban / fuera de la situación epidemiológica que las había motivado.

Nuestro objetivo, sin embargo, sigue siendo el mismo que - / cuando se inició su publicación hace tres años y medio, que sir- / va como instrumento de comunicación con los médicos, especialmen / te con los que efectúan la atención primaria, facilitando análi- / sis de la información que ellos proporcionan de manera que no so / lo sirva para el conocimiento por todos de la situación epidemio / lógica en conjunto de la región y de su comarca en particular, / sino también como elemento de ayuda frente a problemas que se - / planteen relacionados con la vigilancia epidemiológica, brotes / epidémicos, etc.

Dentro de estos objetivos se incluye el que en la medida de / lo posible podamos utilizar un lenguaje común y que precisemos / la terminología usada, así como, en algunos casos, perfilar cri- / terios diagnósticos de determinadas enfermedades.

La experiencia de estos años nos hace pensar que, en unas / enfermedades más que en otras, se notifican casos no demasiado / definidos desde el punto de vista diagnóstico. Esto ocurre por / ejemplo con la Fiebre Reumática Aguda, Tos Ferina, etc, y más / recientemente con las toxi-infecciones alimentarias, que son del / grupo de las de nueva declaración. No queremos decir con esto - / que no se deban declarar los casos hasta que se tengan todas las / pruebas diagnósticas, puesto que la declaración es de "sospecha" / pero sí que reúnan unos mínimos criterios diagnósticos.

Por ello, en este número, queremos hacer un breve resumen / sobre el concepto de toxi-infección alimentaria así como de las / principales medidas para la investigación de brotes con ellas - / relacionados.

2. CONCEPTO DE TOXI-INFECION ALIMENTARIA

Los alimentos pueden afectar a la salud de muchas maneras, / siendo de gran interés para los sanitarios los medios por los - / cuales los alimentos pueden producir enfermedad o muerte. A modo / de esquema podemos citar los siguientes:

- Toxinas de ciertas bacterias que previamente se han multi / plicado en el alimento. Ejemplo: estafilococos, bacilo bo / tulínico, etc.
- Microorganismos contenidos en los alimentos. Ejemplo: sal / monelosis, disentería, hepatitis, brucelosis, etc.
- Parásitos animales que penetran en el cuerpo humano al co / mer los alimentos. Ejemplo: triquinosis.
- Contaminante químicos.
- Ingestión como alimentos de plantas y animales venenosos. / Ejemplo: setas venenosas, ciertos moluscos, etc.
- Sustancias tóxicas producidas por hongos que parasitan - / ciertos alimentos.

Con esta cantidad de posibilidades, no es de extrañar que / exista un cierto confusiónismo en la terminología de las enferme / dades de origen alimenticio. Así, el término intoxicación alimen / taria se ha venido empleando en un sentido más o menos vago que / comprende infecciones e intoxicaciones como consecuencia de la / ingestión de alimentos "en mal estado".

Sin embargo, es necesario precisar conceptualmente los di- / versos términos empleados -intoxicación alimentaria, infección / de origen alimenticio y toxi-infección alimentaria- puesto que / solamente esta última es la que recogemos en la lista de enferme / dades de declaración obligatoria.

El término Intoxicación Alimentaria se aplica a los proce- / sos morbosos producidos por la ingestión de alimentos que contie / nen sustancias tóxicas para el organismo, tanto si son orgánicas / como inorgánicas: (toxinas elaboradas por el desarrollo bacteria / no en los alimentos, contaminantes químicos, etc.) El término - / Infección de origen alimentario se utiliza para las enfermedades / producidas por alimentos que contienen micrororganismos que se - / desarrollan e infectan en el interior del ser humano (hepatitis, / etc.)

Por último el término Toxi-infección alimentaria se emplea en aquellos casos en los que el responsable del cuadro clínico es la presencia de un germen o sus toxinas en el alimento en cantidad suficiente para ser patógeno, dando sintomatología de intoxicación alimentaria más o menos rápidamente.

Así, las principales toxi-infecciones alimentarias son las producidas por toxina estafilocócica, salmonellas, clostridium/perfringens, toxina botulinica, vibrio parahaemolyticus, shigellas, etc. Aunque las más frecuentes en nuestro medio son las / dos primeras.

Los alimentos más frecuentemente contaminadas son pasteles, mahonesa, vegetales crudos, carnes y derivados de chacinería, - conservas caseras, etc.

El cuadro clínico es poco específico para una intoxicación determinada, siendo generalmente lo frecuente la presencia de / un cuadro gastro-intestinal con o sin fiebre. En algunos casos / predominan los síntomas neurológicos (botulismo) o hemáticos. / También, casi, siempre, aparecen malestar general, astenia, cefaleas, etc.

El diagnóstico se basa generalmente en datos epidemiológicos. Los brotes de toxi-infección alimentaria suelen identificarse por la aparición más o menos súbita de un grupo de síntomas, dentro de un corto período de tiempo, en personas que habían consumido los mismos alimentos. Los casos aislados son frecuentes indudablemente, pero es difícil identificarlos, a no ser que, como ocurre en el botulismo, exista un cuadro clínico / característico.

Con carácter esquemático y fundamentalmente práctico indicamos en el cuadro adjunto los principales datos que pueden - - ayudar al diagnóstico diferencial entre las toxi-infecciones - / más importantes.

	Periodo de incubación (en - horas)	Presencia de fiebre	Duración de la enfermedad.
Salmonellosis	12-36	Si	1-8 días
Toxina Estafilocócica	2-6	No	6-24 horas
Clostridium P.	8-22	No	12-24 horas
V. Parahaemolit.	8-22	No (75%)	1-5 días
T. Botulinica	4-72	No	Muerte en 1-8 días o lenta / convalecencia

3. METODO DE INVESTIGACION DE LOS BROTES DE TOXI-INFECCION ALIMENTARIA.

La investigación de los brotes de toxi-infección alimentaria, al igual que de cualquier brote epidémico, es una tarea que implica a los sanitarios locales - médicos, veterinarios, farmacéuticos, que colaboran con el servicio de epidemiología de la Consejería de Sanidad, siendo la primera tarea a realizar la notificación urgente de los casos.

Aunque no hay dos intoxicaciones iguales, y por tanto no pueden sugerir ciertos pasos fundamentales, que si se tienen en mente pueden producir una investigación provechosa.

Los objetivos de estas tareas serán determinar las circunstancias en las que se produjo el brote y tomar las medidas adecuadas / para evitar futuros casos.

En este sentido las principales actuaciones serán:

1. Visitar el establecimiento(s) donde se prepararon y consumieron los alimentos sospechosos y hacer una inspección - - completa:

- Menú
- Procedencia y metodo de preparación de los platos.
- Almacenamiento antes y después de cocinados.

- Almacenamiento antes y después de cocinados.
- Ver si algún empleado tiene lesiones o procesos superativos.
- Inspección de las condiciones higiénicas.

2. Entrevista con los manipuladores de alimentos.
3. Encuesta epidemiológica: investigación de sintomatología, periodo de incubación, alimentos que comieron y no comieron, etc.
4. Obtener muestras de los alimentos que se sirvieron.

En resumen, los problemas a resolver serán verificar el diagnóstico, identificar el alimento causal y determinar las circunstancias en que se produjo la contaminación, con el fin de adoptar las medidas tendentes a evitar nuevos casos y brotes.

BIBLIOGRAFIA

- PIEDROLA, G. Medicina Preventiva y Social
Tomo I. Ed. Amaro. Madrid, 1975.
- ARMIJO ROJAS, R. Epidemiología
Intermédica, Buenos Aires, 1978.
- BENENSON, A. Control of Communicable diseases in man.
Washington. APHA, 1979.