

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

4.

INFORMES:

- **Mortalidad por enfermedades no transmisibles en la Comunidad de Madrid, año 2003.**



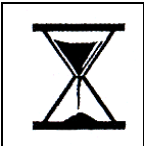



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

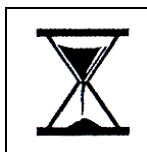
4

Índice

INFORMES:

	- Mortalidad por enfermedades no transmisibles en la Comunidad de Madrid, año 2003.	3
	- EDO. Semanas 14 a 17 (del 2 al 29 de abril de 2006)	62
	- Brotes Epidémicos. Semanas 14 a 17, 2006.	65
	- Red de Médicos Centinela, semanas 14 a 17, 2006.	67

D.L. : M-26.256-1989
ISSN; 1135-3155

INFORME:**MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. AÑO 2003.**

Informe elaborado por:
Alberto Martín Vega, Ana Gandarillas Grande, Belén Zorrilla Torras
Sección de enfermedades no transmisibles
Servicio de epidemiología

ÍNDICE:**RESUMEN****INTRODUCCIÓN****FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA****RESULTADOS:****1-Distribución de la mortalidad general por edad y sexo****2- Mortalidad por causas:**

- a) Grandes grupos de la CIE 10
- b) Lista reducida de la CIE 10
- c) Mortalidad por causas, grupos de edad y sexo

3- Enfermedad cardiovascular

- a) Todas las enfermedades cardiovasculares
- b) Enfermedad cerebrovascular
- c) Cardiopatía isquémica

4- Tumores malignos

- a) Todos los tumores
- b) Tumores malignos
- c) Cáncer broncopulmonar (tráquea, bronquios y pulmón)
- d) Cáncer de colon y recto
- e) Cáncer de mama
- f) Cáncer de próstata
- g) Cáncer de páncreas, estómago e hígado
- h) Otros tumores malignos

5- Enfermedades del aparato respiratorio

- a) Todas las enfermedades respiratorias
- b) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

6- Causas externas

- a) Todas las causas externas
- b) Accidentes de tráfico
- c) Suicidio
- d) Homicidio

7- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado**8- Demencias y Enfermedad de Alzheimer****9- Mortalidad por áreas sanitarias (población total)****10- Mortalidad por distritos sanitarios (viviendas familiares)**

- 1.-Todas las causas
- 2- Enfermedades cardiovasculares
- 3- Tumores

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS:

ANEXO I: Causas de mortalidad. Correspondencia entre CIE-9 y CIE-10.

ANEXO II: Principales causas de muerte en la Comunidad de Madrid, 2003

Mortalidad por causas específicas de enfermedades del aparato respiratorio. CM, 2003.

ANEXO III: Mortalidad por Áreas Sanitarias, ambos sexos, hombres y mujeres, CM, 2003

Enfermedades cardiovasculares

Tumores (malignos y benignos)

Enfermedades del aparato respiratorio

Causas externas en la Comunidad

ANEXO IV: Mortalidad por Distrito sanitario, hombres y mujeres, CM, 1996-2003

Todas las causas

Enfermedades cardiovasculares

Tumores

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La mortalidad permite generar indicadores básicos para conocer el estado de salud de la población, pues muestra la frecuencia de las enfermedades que son causa de muerte, trascendiendo a la administración pública para gestionar intervenciones. En España las enfermedades no transmisibles originan alrededor del 70% de mortalidad, pero la importancia de estas enfermedades se debe también a que son enfermedades crónicas, y a que están relacionadas con diversos factores de riesgo modificables. El objetivo del presente informe es describir los datos de mortalidad globales por todas las enfermedades y por los de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en el ámbito de la Comunidad de Madrid (CM), recogiendo además los datos de las áreas y distritos sanitarios de que se compone.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las defunciones de residentes en la CM, se obtuvieron a partir de las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Registro de Mortalidad de la CM, del Instituto Estadístico de la Comunidad (IECM). Se han utilizado las rúbricas según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Como denominadores se han empleado las poblaciones anuales de la CM. También se han desglosado los datos globales en las áreas sanitarias y en los distritos sanitarios de la CM, estos últimos sólo considerando los fallecidos en viviendas familiares. Se ha calculado la mortalidad proporcional, tasas específicas por edad, brutas y estandarizadas por edad tomando la población europea de 1990 como estándar.

RESULTADOS

Las primeras causas de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del aparato respiratorio, aunque en varones la primera causa son los tumores y en mujeres las enfermedades del aparato circulatorio. En los últimos 25 años se ha reducido la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en ambos sexos, y en menor medida por cardiopatía isquémica. Los tumores malignos más frecuentes en varones son el broncopulmonar, el colorrectal y el prostático, mientras que en mujeres son el de mama, el colorrectal y el broncopulmonar. Otras causas que persisten con altas tasas de mortalidad en ambos sexos son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las demencias. Las causas externas siguen

en alza: los accidentes de tráfico continúan afectando a los sectores más jóvenes de la población y las muertes violentas han experimentado un incremento en los últimos años. El distrito sanitario de Centro es uno de los que mayor mortalidad presenta tanto en el total de causas como en las enfermedades cardiovasculares y en los tumores.

CONCLUSIONES

Es necesario continuar la vigilancia de las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares y tumores), de las causas con mayor incremento en los últimos años (violencia, demencia) y de las que afectan a sectores jóvenes de la población (accidentes de tráfico). La mortalidad por distritos sanitarios no es homogénea sino que afecta en mayor medida a determinados distritos del centro y sur de la región. Estos datos pueden ser útiles para evaluar o poner en marcha programas de prevención de enfermedades o que traten de paliar las diferencias regionales en mortalidad.

INTRODUCCIÓN

Una población se define principalmente a través de sus indicadores demográficos básicos, como la natalidad, la mortalidad y las migraciones. La mortalidad es uno de esos indicadores que más información aporta desde el punto de vista sanitario. Las estadísticas de mortalidad además, muestran la frecuencia de las enfermedades que son causa de muerte en esa población, por lo que la importancia no sólo es sanitaria, sino que trasciende a la administración pública en lo que respecta a gestionar intervenciones. Por todo ello, el análisis de estas estadísticas en el campo de la salud pública es un instrumento muy eficaz para la vigilancia epidemiológica, la evaluación de la calidad de los servicios y el análisis de la situación de salud.

Las estadísticas de mortalidad permiten, además, la identificación de grupos de población más expuestos al riesgo de morir en función del sexo, edad, área geográfica, estrato social, etc., todos ellos para cada una de las causas de muerte. Se obtienen así los datos necesarios para desarrollar acciones preventivas por parte de los organismos públicos, que es el fin último de toda organización socio-sanitaria (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de acuerdo con la clasificación mundial que este organismo desarrolla, las enfermedades no transmisibles (grupo II) junto con los traumatismos (grupo III) han sustituido como primera causa de muerte a las enfermedades transmisibles, causas maternas y perinatales y deficiencias nutricionales (grupo I) desde 1990 y en todo el mundo salvo el África subsahariana (2). Se estima que este incremento, asociado al desarrollo global, dará lugar a que en el año 2020, el 70% de la mortalidad en todo el mundo estará producida por enfermedades no transmisibles (3). Otras entidades internacionales como la Organización Panamericana de Salud también se percató de este hecho y reforzó sus trabajos en la lucha contra este grupo de enfermedades dada su implicación no sólo en mortalidad sino también en morbilidad y los años de vida con discapacidad. Sus expectativas para 2020 también eran similares a las de la OMS y proponían una serie de medidas de vigilancia y control de estas enfermedades (4).

En la región europea de la OMS, en 2002, las enfermedades no transmisibles causaron 8,1 millones de fallecimientos (85,8% del total) y un total de 115,3 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALY), lo que supuso un 77% del total de carga de enfermedad,

repartidos a su vez en 39% en años de vida perdidos por muerte prematura y en 38% en años de vida perdidos por discapacidad (5).

En España las enfermedades no transmisibles originan alrededor del 70% de mortalidad. Pero la importancia que adquiere este grupo de enfermedades se debe no sólo a la mortalidad generada, sino también a que son enfermedades crónicas, y además, gran parte de ellas está relacionada con diversos factores de riesgo modificables, tanto de hábitos de vida como ambientales (6).

Dado el contexto en que nos encontramos en el que las enfermedades no transmisibles adquieren progresivamente mayor protagonismo, es fundamental el conocimiento de sus aspectos epidemiológicos, específicamente la mortalidad que provocan, pues es el origen del desarrollo de los dispositivos necesarios para su vigilancia y posteriormente del planteamiento de las estrategias oportunas empleadas para su control. El conocimiento de las estadísticas de mortalidad servirá para planificar y evaluar programas y servicios de salud destinados a su prevención y control.

El objetivo del presente informe es describir los datos de mortalidad globales por todas las enfermedades y más específicamente los datos de mortalidad de las enfermedades no transmisibles más frecuentes en el ámbito de la CM, prestando también atención a los datos de las distintas áreas y distritos sanitarios de que se compone.

FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

Se han seleccionado las defunciones de residentes en la CM, a partir de dos fuentes de datos: por un lado las estadísticas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para los años 1975 a 1985 y por otro lado el Registro de Mortalidad de la CM, del Instituto de Estadística de la Comunidad (IECM), desde 1986 hasta 2003.

Para la selección de las rúbricas se ha utilizado la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). En el Anexo 1 se muestra el listado de causas y su correspondencia con la codificación de la CIE 9.

Como denominadores se han empleado las poblaciones anuales de la CM (a partir de censo, padrón continuo, interpolación o proyecciones poblacionales) correspondientes a cada año incluido en el periodo de estudio.

Para el año 2003, último disponible al elaborar este informe, se ha calculado la mortalidad proporcional y las tasas bruta y estandarizada por edad por 100.000 habitantes de todas las rúbricas seleccionadas, para el total de la población, por sexos y por grupos de edad. La estandarización permite la comparación entre las tasas de dos poblaciones que tengan distinta distribución por edades. La población estándar utilizada para el análisis ha sido la europea de 1990.

Igualmente, se han desglosado los datos por áreas sanitarias para cada uno de los grandes grupos presentados, y se han comparado sus tasas con las correspondientes de la CM mediante el Índice de Mortalidad Comparativo (IMC) que se refiere al cociente entre la tasa estandarizada del área y la estandarizada de la CM.

En cuanto a la desagregación de los datos por distritos sanitarios (D.S.), se utilizaron los datos de mortalidad para el periodo de estudio de 1996 a 2003 con el fin de tener un volumen suficiente de datos. Se estudia la mortalidad en viviendas familiares, eliminando del análisis los fallecidos en colectividades (cuya residencia es residencia de ancianos, penitenciarías u hospitales).

Se calculó la tasa bruta anual por D.S. para el periodo 1996-2003, y se calculó la tasa de mortalidad estandarizada por edad para todas las causas de muerte y para las principales causas por Distritos Sanitarios, así como sus IMC respecto a la tasa estandarizada de la CM. La población estándar elegida fue la europea de 1990. Se construyeron los mapas de la CM representando los IMC por intervalos fijos (<95, 95-105, 105-115, >125), para poder comparar entre sí las diferentes causas de muerte y los sexos. Para la realización de estos mapas se utilizó el programa Arc-View para Windows.

Para describir mejor los resultados obtenidos en nuestro estudio y poder comparar con las cifras de mortalidad obtenidas en otros ámbitos geográficos en los que se encuentra la CM, decidimos mostrar, además, los resultados reflejados en la literatura sobre mortalidad en España, a través del Centro Nacional de Epidemiología, y en Europa y el mundo a través de los datos de la OMS.

RESULTADOS

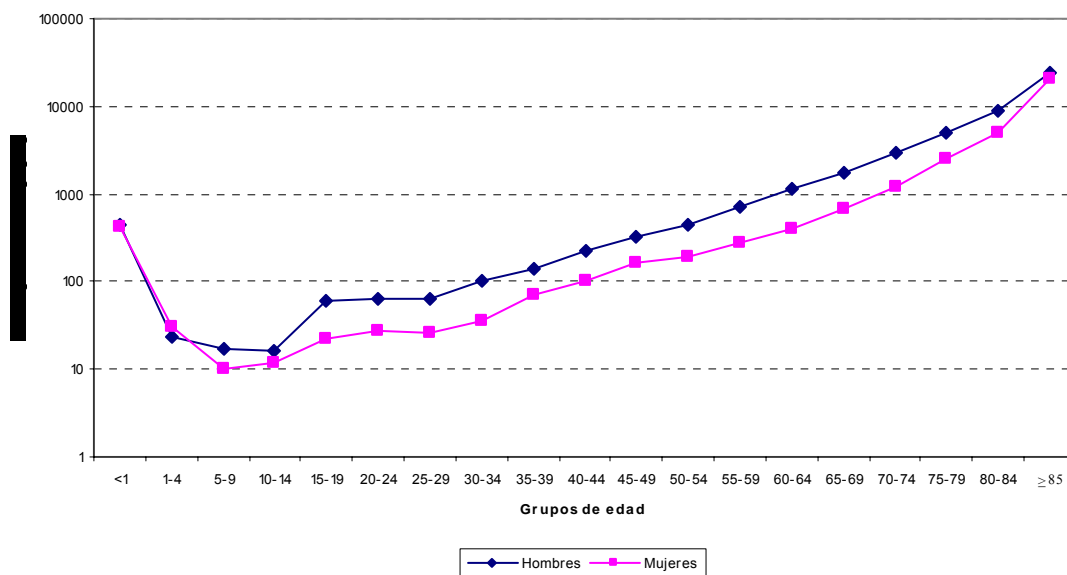
1- Distribución de la mortalidad general por edad y sexo

En 2003 fallecieron 41.424 personas residentes en la CM, 21.115 varones (50,97%) y 20.309 mujeres (49,03%). Las tasas crudas y estandarizadas por 100.000 habitantes·año que representan respectivamente son: 764,74 y 879,21 para los varones y de 686,61 y 483,66 para las mujeres.

En lo que respecta a la distribución de la mortalidad por edad, según se observa en el gráfico 1, ésta describe la curva clásica de los países industrializados. Se inicia con cifras elevadas en el primer año de vida, seguida de un descenso hasta los 5-9 años y un claro ascenso a partir del grupo de edad de 10-14 años.

GRÁFICO 1.

Mortalidad general específica por edad. Varones y mujeres. CM, 2003.

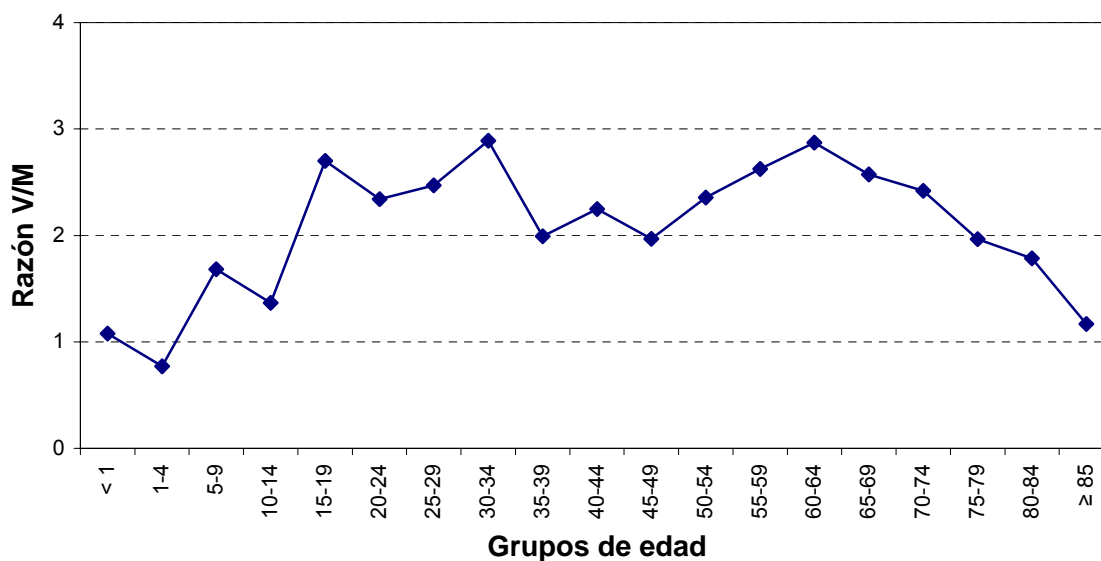


La menor tasa específica por edad corresponde al grupo de 5-9 años para mujeres y de 10-14 años para varones. La razón de masculinidad de las tasas crudas es de 1,11 (gráfico 2). Esta razón para las tasas estandarizadas de mortalidad es sin embargo de 1,8.

La tasa cruda en los varones supera a la de mujeres en todos los grupos de edad salvo en el de 1 a 4 años encontrándose el valor máximo de la razón de masculinidad en el grupo de 30-34 años (razón de 2,89).

GRÁFICO 2.

Razón de masculinidad (Varones/Mujeres) de la mortalidad por todas las causas por grupos de edad. CM, 2003.



2- Mortalidad por causas

a) Grandes grupos de la CIE 10

En el mundo, según datos de la OMS de 2002, las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares (29,3% de la mortalidad), seguidas por las enfermedades infecciosas (19,1%) y los tumores malignos (12,5%), (7).

A partir de los datos de mortalidad por grandes grupos de causas de la CIE 10, y según los datos de Europa de 2002, las principales causas de muerte corresponden a las enfermedades cardiovasculares seguidas de los tumores malignos. Ambas patologías se encuentran a gran distancia del resto. Esta situación es similar para ambos sexos: en varones las enfermedades del sistema circulatorio suponen el 39% de la mortalidad y los tumores el 29%, y en mujeres el primer grupo son el 46% y los segundos el 21%. Las enfermedades del sistema respiratorio son el tercer grupo con un 9% de muertes en varones y 8% en mujeres (8).

Para España, según las cifras del Centro Nacional de Epidemiología de 2001, en varones el porcentaje de causas de defunción más elevado se encuentra en los tumores (32,5%), seguido de enfermedades del sistema circulatorio (29,6%) y del sistema respiratorio con el 11,8%. En mujeres, sin embargo, las patologías causantes de muerte más frecuente fueron las del sistema circulatorio con un 39,9%, seguido de los tumores con un 21,5%, mientras que las patologías del sistema respiratorio sólo suponen un 8,8% (9).

En la CM, en 2003, los dos primeros lugares los ocupan, con gran diferencia sobre el resto, las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores, sumando entre ambas casi el 60% de las muertes totales. La tercera causa de muerte son las enfermedades del sistema respiratorio, que suponen el 14% del total (tabla 1). Estos 3 grupos de enfermedades suponen el 72% del total de defunciones, muy por delante del resto de grupos. Por sexo, son estos tres grupos las principales causas de muerte, pero en varones el primer lugar lo ocupan los tumores con un 34% de las muertes, seguido de las enfermedades del sistema circulatorio con un 25%, y en mujeres es este grupo el primero con un 34% de los fallecimientos, seguido de los tumores con un 23%. El tercer lugar lo ocupa en ambos sexos las enfermedades del sistema respiratorio (tablas 2 y 3).

TABLA I.

Mortalidad según causa por grandes grupos. Número de defunciones, mortalidad proporcional, tasa cruda y tasa estandarizada. Ambos sexos. CM, 2003.

GRUPO	NA	P	TC	TE
IX-Enfermedades del sistema circulatorio	12.275	29,63	214,64	186,53
II- Tumores	11.671	28,17	204,08	190,21
X- Enfermedades del sistema respiratorio	5.906	14,26	103,27	88,54
XI- Enfermedades del sistema digestivo	2.296	5,54	40,15	35,96
VI-VIII- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	1.484	3,58	25,94	22,87
XVIII- Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	1.483	3,58	25,93	23,41
XX- Causas externas (traumatismo y envenenamientos)	1.467	3,54	25,65	23,88
V- Trastornos mentales y del comportamiento	1.168	2,82	20,42	16,93
XIV- Enfermedades del sistema genitourinario	1.106	2,67	19,34	16,62
IV- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	958	2,31	16,75	14,56
I- Enfermedades infecciosas y parasitarias	859	2,07	15,02	13,39
XIII- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	277	0,67	4,84	4,13
XVII- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	132	0,32	2,31	2,68
XVI- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	122	0,29	2,13	2,69
III- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	119	0,29	2,08	1,86
XII- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	99	0,24	1,73	1,45
XV- Embarazo, parto y puerperio	2	0,00	0,03	0,03

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada.

TABLA 2.

Mortalidad según causa por grandes grupos. Número de defunciones, mortalidad proporcional, tasa cruda y tasa estandarizada. Varones. CM, 2003.

GRUPO	NA	P	TC	TE
II- Tumores	7.086	33,56	256,64	288,63
IX- Enfermedades del sistema circulatorio	5.272	24,97	190,94	225,36
X- Enfermedades del sistema respiratorio	3.232	15,31	117,06	141,92
XI- Enfermedades del sistema digestivo	1.187	5,62	42,99	48,78
XX- Causas externas (traumatismo y envenenamientos)	1.020	4,83	36,94	36,35
XVIII- Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	785	3,72	28,43	30,19
VI-VIII- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	571	2,70	20,68	24,47
XIV- Enfermedades del sistema genitourinario	519	2,46	18,80	23,22
I- Enfermedades infecciosas y parasitarias	469	2,22	16,99	17,50
IV- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	358	1,70	12,97	15,53
V- Trastornos mentales y del comportamiento	322	1,52	11,66	14,61
XIII- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	84	0,40	3,04	3,73
XVII- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	75	0,36	2,72	3,08
XVI- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	63	0,30	2,28	2,70
III- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	43	0,20	1,56	1,81
XII- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	29	0,14	1,05	1,34

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada.

TABLA 3.

Mortalidad según causa por grandes grupos. Número de defunciones, mortalidad proporcional, tasa cruda y tasa estandarizada. Mujeres. CM, 2003.

GRUPO	NA	P	TC	TE
IX- Enfermedades del sistema circulatorio	7.003	34,48	236,76	156,36
II- Tumores	4.585	22,58	155,01	123,69
X- Enfermedades del sistema respiratorio	2.674	13,17	90,40	58,26
XI- Enfermedades del sistema digestivo	1.109	5,46	37,49	26,47
VI-VIII- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	913	4,50	30,87	21,68
V- Trastornos mentales y del comportamiento	846	4,17	28,60	17,59
XVIII- Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	698	3,44	23,60	17,23
IV- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	600	2,95	20,28	13,76
XIV- Enfermedades del sistema genitourinario	587	2,89	19,85	13,14
XX- Causas externas (traumatismo y envenenamientos)	447	2,20	15,11	12,85
I- Enfermedades infecciosas y parasitarias	390	1,92	13,19	9,92
XIII- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	193	0,95	6,52	4,24
III- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	76	0,37	2,57	1,89
XII- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	70	0,34	2,37	1,50
XVI- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	59	0,29	1,99	2,67
XVII- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	57	0,28	1,93	2,32
XV- Embarazo, parto y puerperio	2	0,01	0,07	0,06

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada.

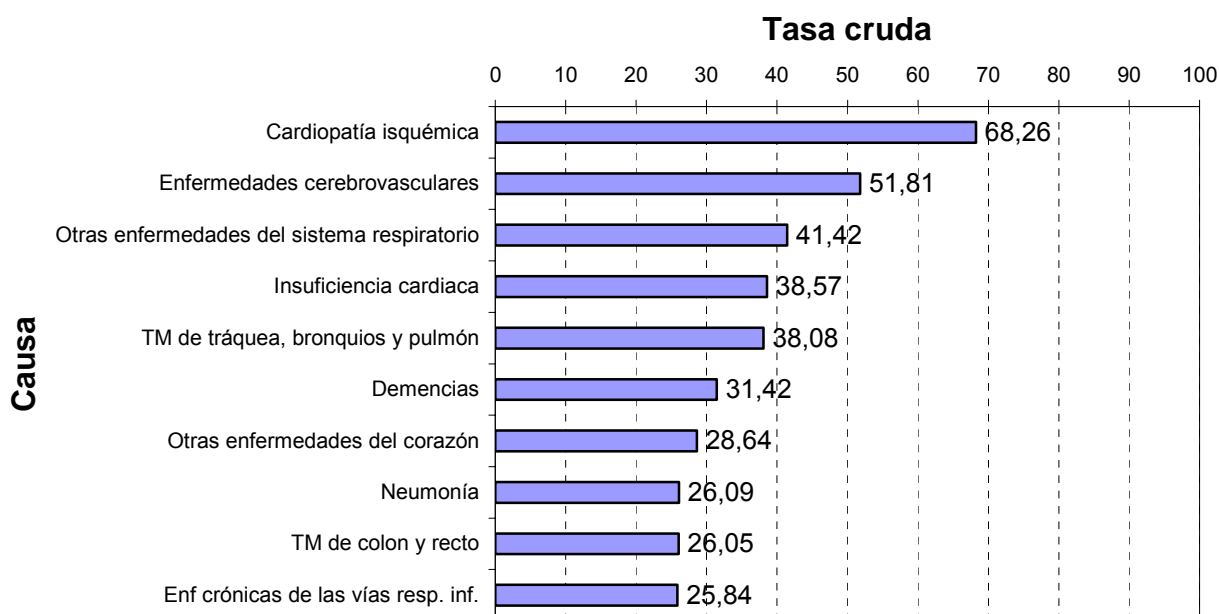
Comparando con los datos de 1997, el orden de frecuencia de las defunciones para ambos sexos, se ha conservado en las cuatro primeras posiciones. Si comparamos esta clasificación por sexo, se observa que tampoco ha habido diferencias en las cuatro primeras posiciones entre 2003 y 1997 tanto para varones como para mujeres (10).

b) Lista reducida de la CIE 10

En la revisión más específica de las causas de muerte, para ambos sexos se observa el mayor porcentaje de defunciones por cardiopatía isquémica con un 9,42%, seguidas por enfermedades cerebrovasculares con un 7,15%, y otras enfermedades del sistema respiratorio con un 5,72%. Dentro de las 10 causas más frecuentes de muerte, los tumores que aparecen son el cáncer broncopulmonar en 5º lugar y el de colon-recto en 9º puesto, (gráfico 3 y Anexo 2, tabla 1). En los varones el cáncer broncopulmonar es el que ocupa el segundo lugar con un 8,84% de las defunciones por detrás de la cardiopatía isquémica (10,13%), estando las enfermedades cerebrovasculares en el tercer lugar (gráfico 4 y Anexo 2, tabla 2). En las mujeres son las enfermedades cerebrovasculares las que ocupan el primer lugar (8,75% de las defunciones), seguidas por cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca en tercer lugar (gráfico 5 y Anexo 2, tabla 3).

GRÁFICO 3.

Tasas crudas de las principales causas de muerte. Ambos sexos.

**GRÁFICO 4.**

Tasas crudas de las principales causas de muerte. Varones.

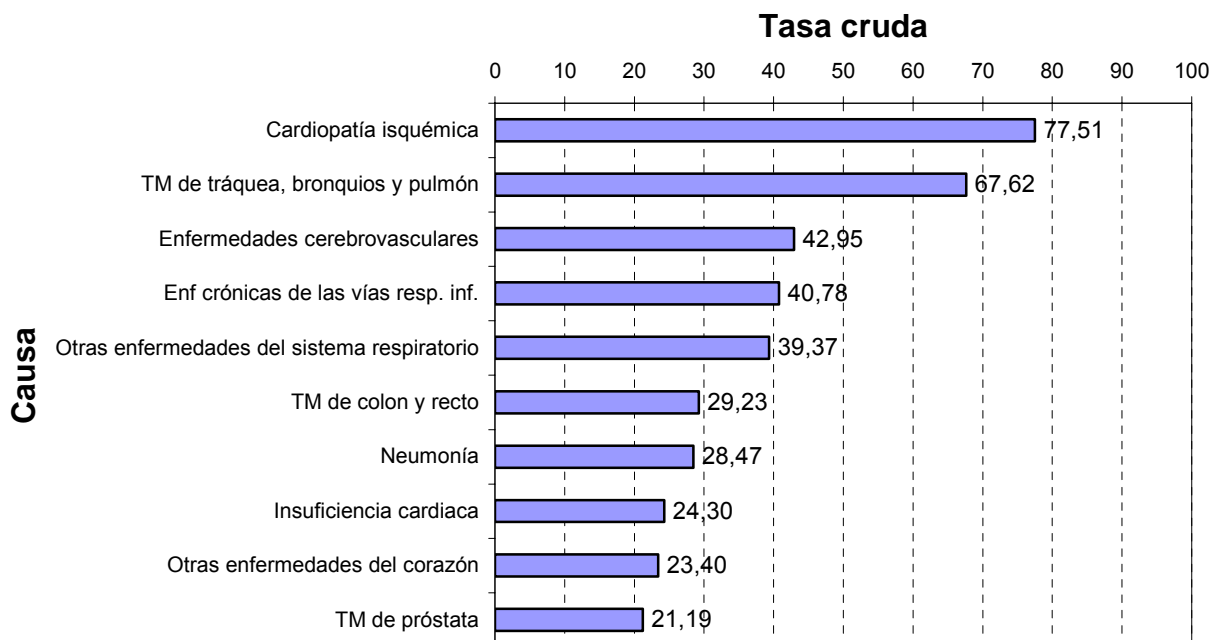
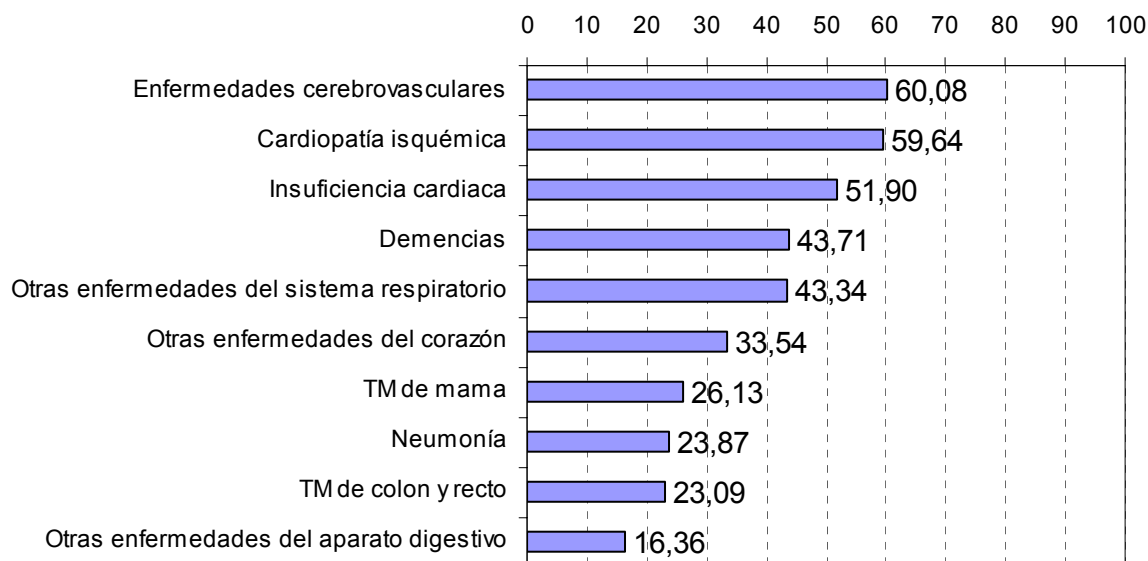


GRÁFICO 5.

Tasas crudas de las principales causas de muerte. Mujeres.



Si comparamos las principales causas de muerte entre ambos sexos, las enfermedades cardio y cerebrovasculares son las que originan mayor número de muertes; en cambio, respecto a los tumores malignos, en varones el cáncer broncopulmonar ocupa el segundo lugar, mientras que el primer tumor que aparece en mujeres es el de mama, que ocupa el 7º lugar. Por otro lado las demencias constituyen la 4ª causa de muerte en las mujeres, mientras que en varones no aparecen dentro de las 10 causas más frecuentes (Anexo 2, tablas 2 y 3).

c) Mortalidad por causas, grupos de edad y sexo

En las tablas 4 y 5 se muestran las 3 principales causas de muerte por grupos de edad en números absolutos, porcentaje y tasas crudas. Para poder analizar los resultados adecuadamente hemos separado los menores de 1 año del siguiente grupo (1 a 14 años) debido a que las causas de mortalidad en ambos grupos presentan grandes diferencias.

TABLA 4.

Principales causas de muerte por grupos de edad y sexo. Número de defunciones, mortalidad proporcional y tasas crudas por 100.000 habitantes·año. Varones. CM, 2003.

CAUSA	NA	P	TC
< 1 año			
1- Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	27	18,9	84,0
2- Otras malformaciones congénitas	21	14,7	65,3
3- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	18	12,6	56,0
1-14 años			
1- Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	10	13,7	2,6
2- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	9	12,3	2,3
3- Leucemia	8	11,0	2,1
15-24 años			
1- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	64	27,4	16,9
2- Otros accidentes	42	17,9	11,1
3- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	20	8,5	5,3
25-34 años			
1- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	76	16,5	13,8
2- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	57	12,4	10,4
3- Suicidio y lesiones auto infligidas	47	10,2	8,6
35-44 años			
1- SIDA/VIH	104	12,4	22,4
2- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	94	11,2	20,2
3- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	55	6,6	11,8
45-54 años			
1- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	163	12,2	46,9
2- Cardiopatía isquémica	141	10,5	40,6
3- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	89	6,7	25,6
55-64 años			
1- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	412	17,0	154,8
2- Cardiopatía isquémica	273	11,3	102,6
3- Tumor maligno de colon y recto	121	5,0	45,5
65-84 años			
1- Cardiopatía isquémica	1.232	11,0	400,34
2- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.125	10,0	365,57
3- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	739	6,6	240,14
≥ 85 años			
1- Cardiopatía isquémica	431	9,8	1674,0
2- Otras enfermedades del sistema respiratorio	398	9,1	1545,9
3- Enfermedades cerebrovasculares	326	7,4	1266,2

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda.

TABLA 5.

Principales causas de muerte por grupos de edad y sexo. Número de defunciones, mortalidad proporcional y tasas crudas por 100.000 habitantes·año. Mujeres. CM, 2003.

CAUSA	NA	P	TC
< 1 año			
1- Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	24	19,2	79,2
2- Hipoxia intrauterina, asfixia al nacer, síndrome de dificultad respiratoria	14	11,2	46,2
3- Infección perinatal	10	8,0	33,0
4- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	10	8,0	33,0
1-14 años			
1- Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	7	11,3	1,9
2- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	6	9,7	1,6
3- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	5	8,1	1,4
15-24 años			
1- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	24	26,1	6,5
2- Otros accidentes	10	10,9	2,7
3- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	9	9,8	2,4
4- Suicidio y lesiones auto infligidas	9	9,8	2,4
25-34 años			
1- SIDA/VIH	18	10,8	3,3
2- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	13	7,8	2,4
3- Accidentes de tráfico de vehículos a motor	13	7,8	2,4
35-44 años			
1- Tumor maligno de mama	66	16,3	13,9
2- SIDA/VIH	30	7,4	6,3
3- Paro cardíaco, muerte sin asistencia y otra causa desconocida de mortalidad	29	7,2	6,1
45-54 años			
1- Tumor maligno de mama	151	22,3	39,5
2- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	47	6,9	12,3
3- Tumor maligno de colon y recto	40	5,9	10,5
55-64 años			
1- Tumor maligno de mama	120	12,2	40,5
2- Tumor maligno de colon y recto	67	6,8	22,6
3- Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	52	5,3	17,5
65-84 años			
1- Cardiopatía isquémica	779	9,2	181,4
2- Enfermedades cerebrovasculares	730	8,6	170,0
3- Insuficiencia cardiaca	470	5,6	109,4
≥ 85 años			
1- Insuficiencia cardiaca	1.026	11,0	1494,7
2- Enfermedades cerebrovasculares	952	10,2	1386,9
3- Cardiopatía isquémica	914	9,8	1331,5

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda.

De ambas tablas se pueden observar varios datos importantes. En primer lugar destacan, en edades tempranas, los accidentes de tráfico como una causa de muerte muy importante, fundamentalmente en edades de 15 a 24 y de 25 a 34 años. Además, existe una diferencia muy grande entre varones y mujeres, de manera que en varones en esos grupos de edad es la primera causa de muerte, con 140 muertes en total y en mujeres es la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años y la tercera en el de 25 a 34 años, con un total de 22 fallecimientos.

El SIDA/VIH continua teniendo un peso importante en la mortalidad, pero en varones sólo aparece entre los 3 primeros lugares en el grupo de 35 a 44 años (1ª causa), mientras que en mujeres aparece en el grupo de 25 a 34 y en el de 35 a 44 años; sin embargo, la magnitud en tasas brutas es mucho mayor en varones que en mujeres.

En cuanto a los tumores malignos, en varones el primer tumor que aparece es el broncopulmonar en el grupo de edad de 45 a 54 años, mientras que en mujeres es el de mama, que aparece a los 35-44 años, y sigue como primera causa de muerte hasta los 55-64 años.

A partir de los 65 años son las enfermedades cardiovasculares quienes ocupan los primeros lugares en mortalidad sin grandes diferencias entre ambos sexos.

Si comparamos con los datos de 1997, la causa de muerte que ha experimentado mayor cambio ha sido el SIDA/VIH. En los varones, en el grupo de 25 a 34 años en 1997 era la primera causa de muerte con una tasa de 44/100000 y el 28,7% de los fallecimientos y ahora no figura entre las tres primeras causas. En el grupo de 35 a 44 sigue siendo la primera causa de muerte pero con una reducción en la tasa de 47,5 a 22,4 por 100000.

En mujeres esta patología representó la primera causa de muerte en el grupo de 25 a 34 años con una tasa de 11/100000 y se mantiene como primera causa pero la tasa se ha reducido a 3,3/10000. En el grupo de 35 a 44 años, en ambos años constituye la segunda causa de mortalidad y la tasa a pasado de 7 /100000 a 6,3.

3- Enfermedad cardiovascular

a) Todas las enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, cada año se producen alrededor de 17 millones de muertes por estas patologías; así en 2002 la OMS estimó 16,73 millones de fallecimientos en el mundo que supusieron el 29,3% del total (27,2% para los varones y 31,7% para las mujeres) (7).

En Europa se estima que la ECV es la principal causa de muerte, con 4,35 millones de muertes, que suponen el 49% de todas las defunciones (55% en mujeres y 43% en hombres). En concreto, para la Unión Europea hubo unos 1,9 millones de muertes por ECV, que supusieron el 42% de todas las muertes (46% en mujeres y 39% en varones) (8). Por otro lado, además de la mortalidad que ocasiona esta patología, también es origen de la principal causa de carga de enfermedad, estimándose, para el año 2002 en más de 34.000 DALYs (años de vida ajustados por discapacidad), para la región europea de la OMS (5).

De la misma manera que en el resto de países desarrollados, en España, en el año 2001, las ECV ocasionaron un elevado porcentaje de defunciones (34,8%): en varones fueron el 29,6% de ellas (2ª causa de muerte) y en mujeres el 39,9% (1ª causa), si bien son cifras inferiores a las de la Unión Europea (9).

En la CM las ECV representan en el 2003, casi el 30% de las muertes, si bien su distribución por sexos también es diferente: 25% en varones y 35% en mujeres e inferiores a las cifras de España (tablas 2 y 3). Las enfermedades cerebrovasculares representan el 7,2% del total, con mayor porcentaje en mujeres, y las cardiopatías isquémicas suponen el 9,4% del total, pero esta vez con mayor porcentaje en varones (tabla 6).

TABLA 6.

Distribución de las defunciones por enfermedad cardiovascular y sus porcentajes respecto de todas las causas de mortalidad. CM, 2003.

Sexo	TC	ECV		ACV		CISQ	
	NA	NA	P de TC	NA	P de TC	NA	P de TC
Ambos	41.424	12.275	29,6	2.963	7,2	3.904	9,4
Varones	21.115	5.272	25,0	1.186	5,6	2.140	10,1
Mujeres	20.309	7.003	34,5	1.777	8,7	1.764	8,7

TC: todas las causas. ECV: enfermedad cardiovascular. ACV: Enfermedad cerebrovascular. CISQ: cardiopatía isquémica. NA: número absoluto. P: porcentaje.

La relevancia de estas cifras se advierte con las tasas crudas de estas enfermedades: se trata de 214,6 casos por 100.000 habitantes-año para ambos sexos, con una tasa de 190,9 en varones y de 236,8 en mujeres (tabla 7). Estos datos suponen 33 fallecimientos al día por este grupo de enfermedades (14 varones y 19 mujeres) con 8 muertes por enfermedad cerebrovascular (3 varones y 5 mujeres) y 11 por cardiopatía isquémica (6 varones y 5 mujeres), (tabla 7).

TABLA 7.

Número de defunciones, mortalidad proporcional y tasa bruta de los principales grupos de enfermedades cardiovasculares. CM, 2003.

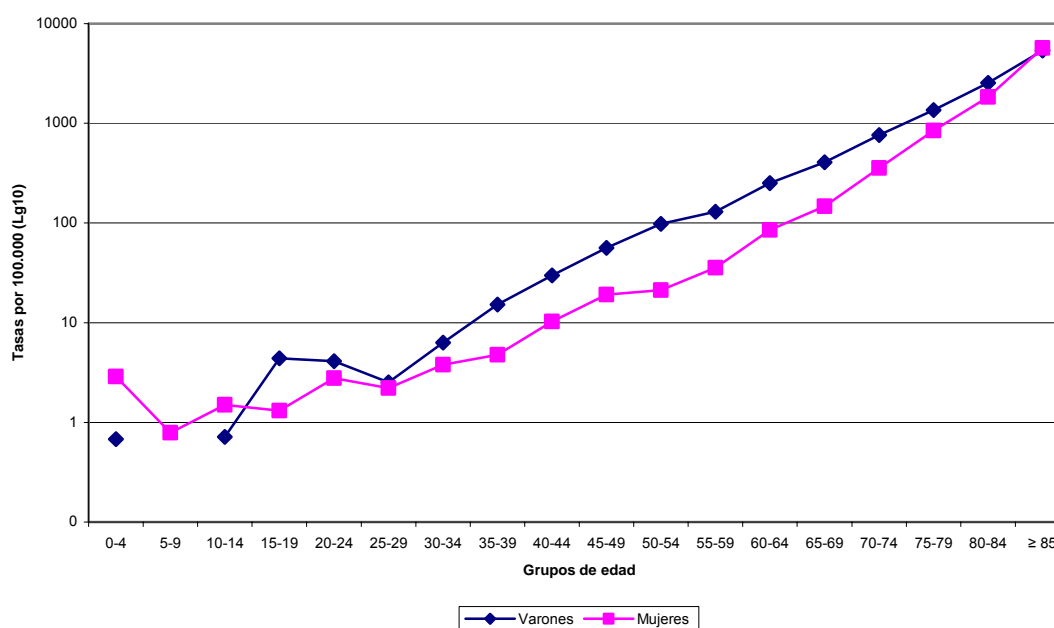
Causa	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	NA	P	TC	NA	P	TC	NA	P	TC
Cardiopatía isquémica	3.904	31,8	68,26	2.140	40,6	77,51	1.764	25,2	59,64
Enfermedades cerebrovasculares	2.963	24,1	51,81	1.186	22,5	42,95	1.777	25,4	60,08
Insuficiencia cardiaca	2.206	18,0	38,57	671	12,7	24,30	1.535	21,9	51,90
Otras enfermedades del corazón	1.638	13,3	28,64	646	12,3	23,40	992	14,2	33,54
Enfermedades hipertensivas	581	4,7	10,16	167	3,2	6,05	414	5,9	14,00
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	512	4,2	8,95	330	6,3	11,95	182	2,6	6,15
Aterosclerosis	240	2,0	4,20	73	1,4	2,64	167	2,4	5,65
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	231	1,9	4,04	59	1,1	2,14	172	2,5	5,82
Total	12.275	100	214,64	5.272	100	190,94	7.003	100	236,76

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda.

En cuanto a la distribución de la mortalidad por ECV por edad y sexo, se puede observar en el gráfico 6. Se aprecia un claro aumento de las tasas para ambos sexos a partir del grupo de edad de 25 a 29 años, siguiendo una línea ascendente continua desde este punto. Se obtuvieron mayores tasas de mortalidad en mujeres desde el nacimiento hasta el grupo de edad de 10 a 14 años. A partir de esta edad se produce un incremento del número de fallecimientos por enfermedad cardiovascular en hombres respecto de mujeres que se mantiene hasta el último grupo de edad (≥ 85 años) en el que vuelven a ser las mujeres quienes presentan mayor número de fallecimientos. La mayor diferencia de tasas entre ambos sexos se produce en el grupo de edad de 50 a 54 años, con una razón de masculinidad de 4,63. A partir de este momento, la razón va disminuyendo progresivamente, lo que indica que una vez pasado este rango de edad las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres se van reduciendo hasta invertirse en el último grupo (≥ 85 años).

GRÁFICO 6.

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



Si observamos todas las causas de enfermedades cardiovasculares por la lista reducida de consenso de enfermedades del INE (tabla 7), las tres primeras causas son en ambos sexos la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardiaca. Estas tres enfermedades suponen las tres cuartas partes del total de las enfermedades cardiovasculares, representando más de la mitad de ellas las dos primeras. Sin embargo, la representación en varones y en mujeres de estas enfermedades es diferente, de manera que la cardiopatía isquémica es mayor que las enfermedades cerebrovasculares (casi el doble) en varones, mientras que en mujeres son casi iguales (tabla 7). Una representación de las tasas crudas en función del sexo se ofrece en los gráficos 7, 8 y 9.

GRÁFICO 7.

Tasas crudas por 100.000 habitantes·año de los principales grupos de enfermedades cardiovasculares. Ambos sexos.

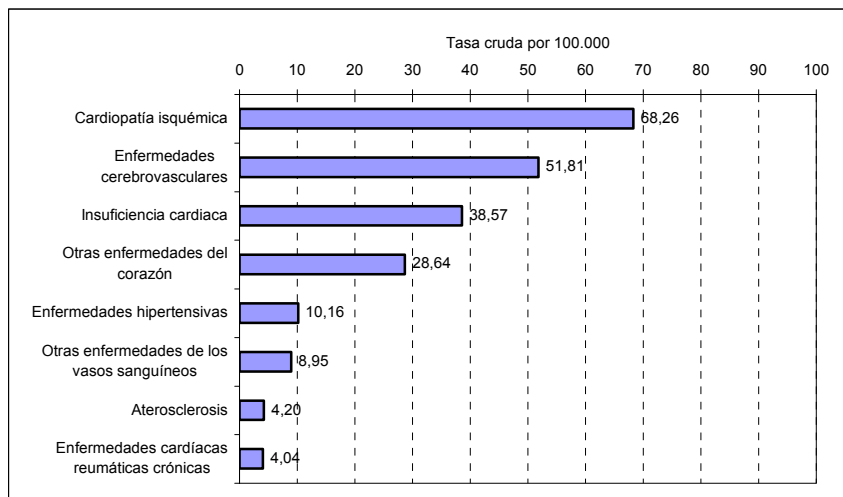


GRÁFICO 8.

Tasas crudas por 100.000 habitantes·año de los principales grupos de enfermedades cardiovasculares. Varones.

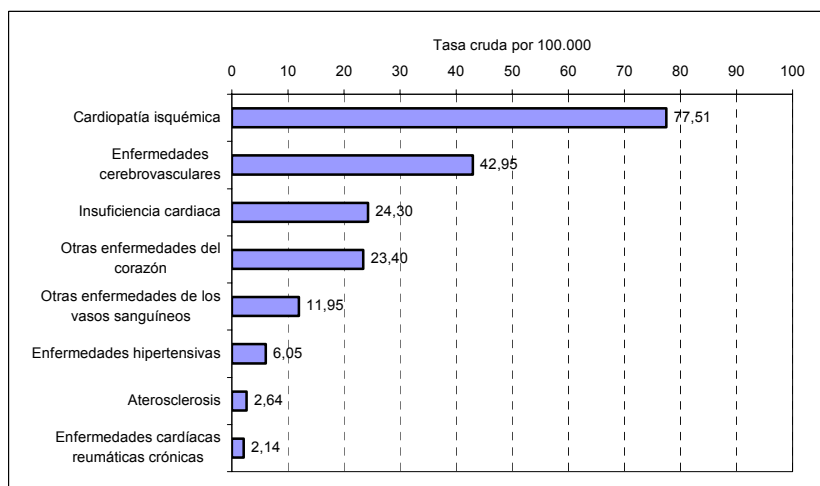
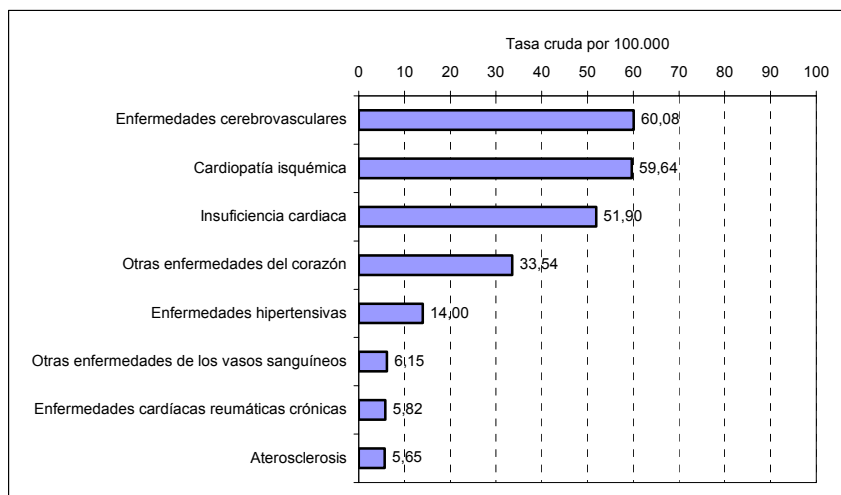


GRÁFICO 9.

Tasas crudas por 100.000 habitantes·año de los principales grupos de enfermedades cardiovasculares. Mujeres.

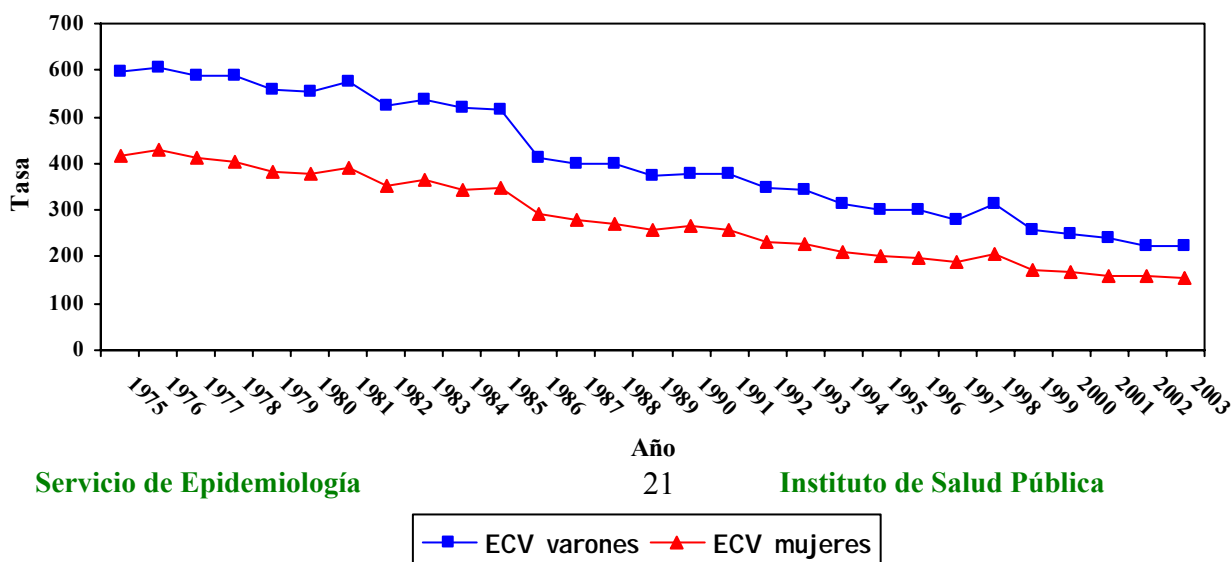


Si comparamos con los datos del año 2000 no se observan diferencias apenas en las tasas brutas ni porcentajes de la mortalidad por las diferentes enfermedades cardiovasculares, de manera que la única diferencia encontrada es que en varones el tercer lugar lo ocupa en 2003 la insuficiencia cardíaca, y el cuarto lugar lo ocupan otras enfermedades del corazón, mientras que en el año 2000 era al contrario (11).

Teniendo en cuenta los datos de mortalidad desde el año 1975 de las tasas estandarizadas por edad para las enfermedades cardiovasculares (gráfico 10), se observa una evolución descendente en ambos sexos. Partiendo de tasas en varones de alrededor de 600 por 100.000 habitantes·año en 1975, se pasa a 225 en 2003. En mujeres las tasas se inician en 417 para llegar en 2003 a 156 por 100.000 habitantes·año; por tanto el descenso, tanto en varones como en mujeres, fue de casi dos terceras partes. La brusca reducción que se observa entre 1985 y 1986 se debe al cambio de gestión del registro de mortalidad (gráfico 10).

GRÁFICO 10.

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres. ECV: enfermedad cardiovascular.



La evolución de las tasas desde 1975 a 2003 para las dos enfermedades cardiovasculares que generan mayor mortalidad, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica, se muestra en los gráficos 11 y 12.

GRÁFICO 11.

Mortalidad por enfermedades cerebrovascular y cardiopatía isquémica. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. **Varones**. ACV: enfermedad cerebrovascular. CISQ: cardiopatía isquémica.

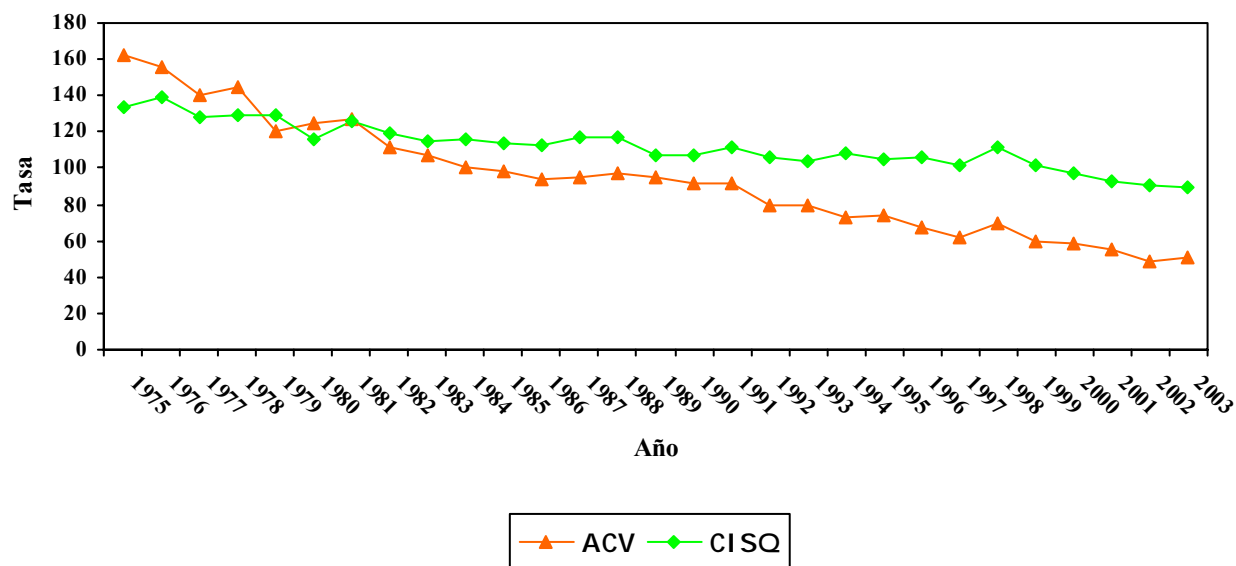
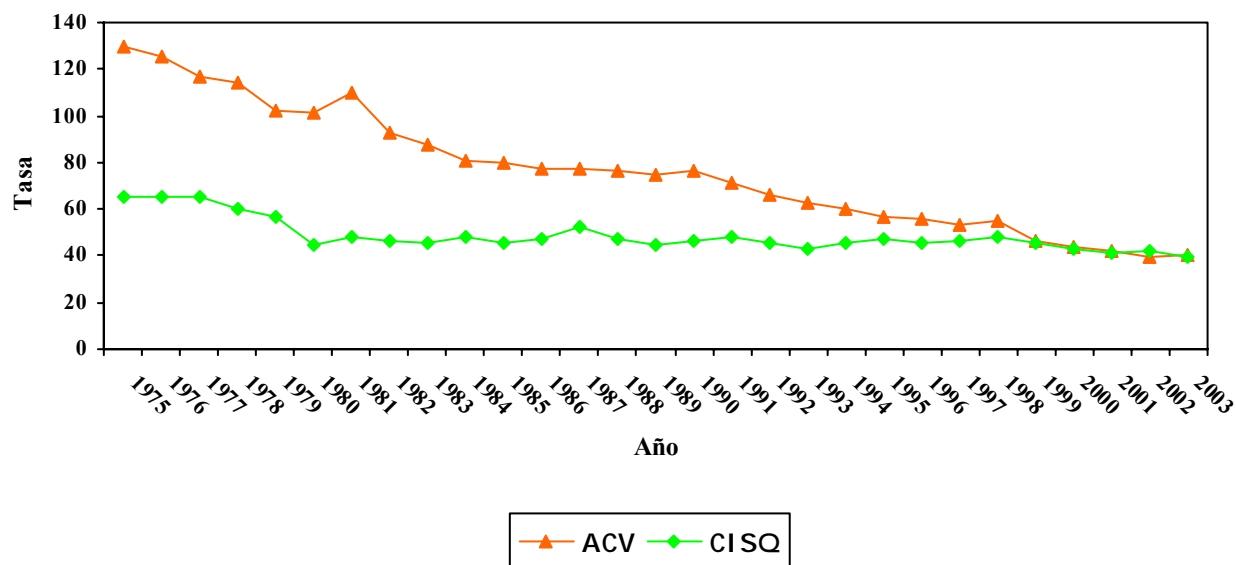


GRÁFICO 12.

Evolución de la mortalidad por enfermedades cerebrovascular y cardiopatía isquémica. CM, periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. **Mujeres**. ACV: enfermedad cerebrovascular. CISQ: cardiopatía isquémica.



En los varones (gráfico 11), se observa un descenso muy llamativo en la enfermedad cerebrovascular, ya que las tasas iniciales son de más de 160 muertes por 100.000 habitantes·año y finaliza (año 2003) con una tasa de cerca de 50, es decir, ha habido una reducción en la tasa de más de dos terceras partes (69%). Sin embargo, para la cardiopatía isquémica se observa también una reducción, pero no tan pronunciada como la patología anterior: en 1975 la tasa fue de 134 fallecimientos por 100.000 habitantes·año, frente a los casi 90 de 2003, es decir, la reducción fue de un 33%. En el gráfico se puede observar cómo en los años 70 las tasas de enfermedad cerebrovascular eran superiores a las de cardiopatía isquémica y desde 1982 se invierte la situación que se mantiene actualmente (gráfico 11).

En las mujeres (gráfico 12), se encontró un comportamiento similar al de los varones, aunque las tasas presentan cifras inferiores. Las enfermedades cerebrovasculares se redujeron un 69% pues partieron de una tasa de casi 130 en 1975 y llegaron a una tasa de 40 en 2003. La cardiopatía isquémica se redujo en un 39%, con una tasa en 1975 de 65 y de casi 40 muertes por 100.000 habitantes·año en 2003. En el gráfico 12 se puede observar cómo la disminución en las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha sido tan llamativa que actualmente se encuentra en cifras similares a las de cardiopatía isquémica, situación que se observa desde 1999.

En lo que respecta a la distribución por áreas sanitarias de la mortalidad por enfermedad cardiovascular, éstas se muestran en las tablas 1, 2 y 3 del Anexo 3. En lo que respecta a las tasas crudas, la más alta se da en el Área 7 y la más baja en el Área 9, tanto en ambos sexos como si separamos varones y mujeres. Esto puede ser debido a que el Área 7 presenta una población con una edad media más alta que el resto de la CM, mientras que el Área 9 presenta una población muy joven, ya que al estandarizar por edad se invierte la relación con la CM, con un IMC menor de 1 en el Área 7 y un IMC mayor de 1 en el Área 9. Las Áreas de mayor IMC son las Áreas 3 y 6 para toda la población y separados por sexos (Anexo 3, tablas 1, 2 y 3).

b) Enfermedad cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular constituye la segunda causa más frecuente de muerte en la Unión Europea, con cerca de medio millón de muertes anuales. Se calcula que 1 de cada 10 varones (9%) y 1 de cada 8 mujeres (13%) fallecidos mueren por esta causa (8).

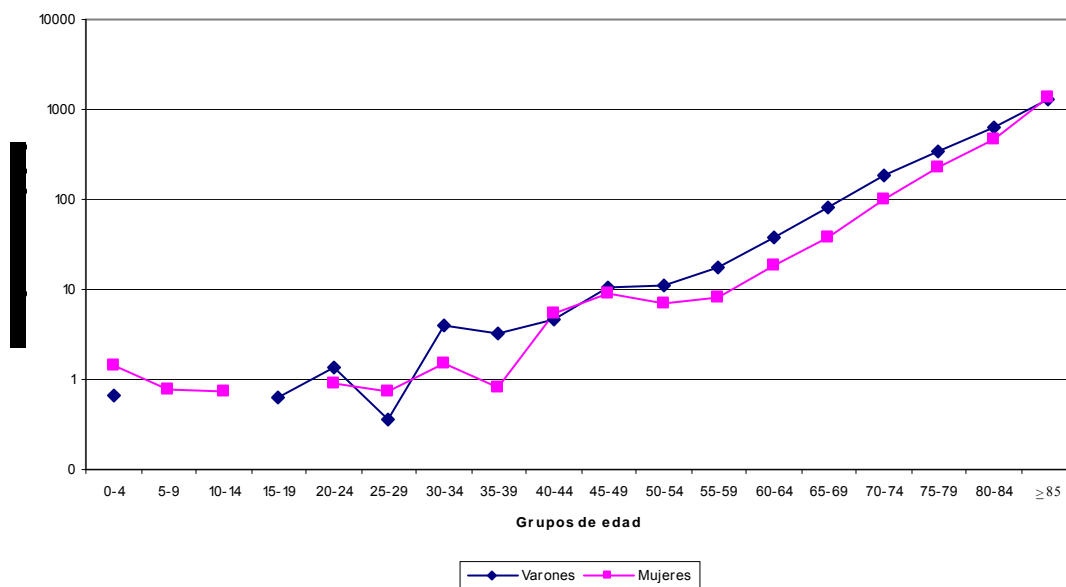
En España, en el año 2001, hubo 36.388 defunciones, repartidas en 14.870 varones (41%) y 21.518 mujeres (59%). Esta patología originó el 7,9% de todos los fallecimientos en los varones y el 12,7% en las mujeres, cifras por tanto menores a las de la Unión Europea (9).

En la CM, en el año 2003, se registraron un total de 2.963 muertes por esta causa, 1186 varones (40%) y 1777 mujeres (60%), lo que supone una tasa cruda de 51,81 fallecimientos por 100.000 habitantes·año para el total, 42,95 en varones y 60,08 en mujeres (tabla 7). La mortalidad por esta causa representa el 7,2% de la mortalidad por todas las causas, el 5,6% en varones y el 8,7% en mujeres (tabla 6).

Estudiando la distribución de las tasas específicas de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular por edades y por sexo, se observa un ascenso continuo de las tasas que se inicia en el grupo de edad de 40-44 años. Desde el grupo de 0 a 4 años y hasta el grupo de 25-29 años se aprecia una forma irregular de las gráficas en ambos sexos debido al bajo número de muertes por esta enfermedad: 6 en varones y 8 en mujeres (gráfico 13).

GRÁFICO 13.

Mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



En cuanto a la razón de masculinidad, hay un predominio masculino pero no excesivo, pues la razón nunca supera claramente el valor de 2.

c) Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica es la causa específica de muerte más común en la Unión Europea, calculando en alrededor de 744.000 las defunciones anuales. Se estima que 1 de cada 6 varones (17%) y 1 de cada 7 mujeres (16%) fallecidos mueren por esta causa (8).

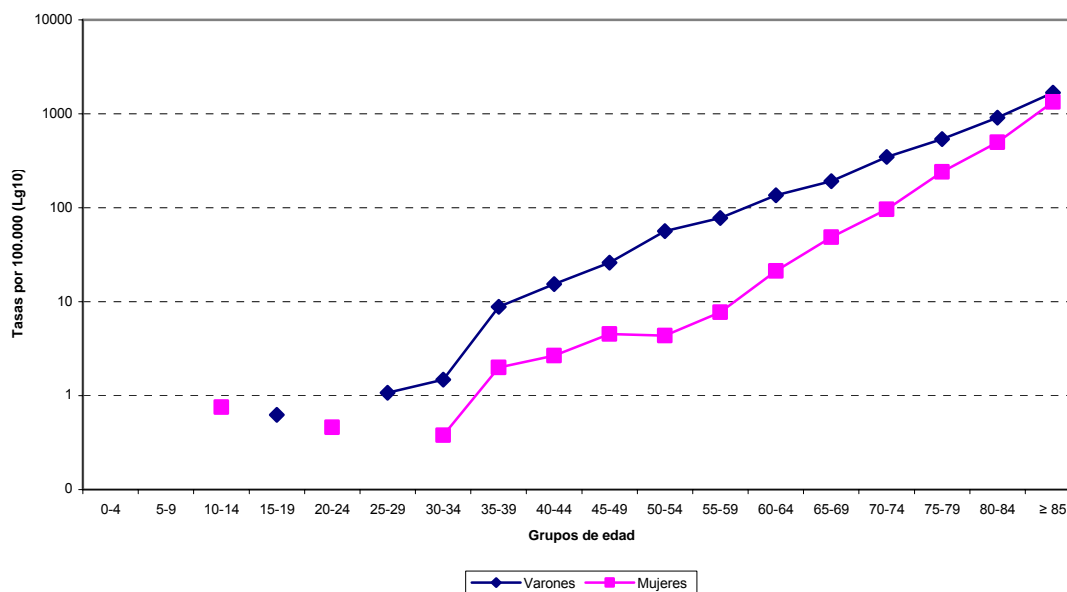
Según los datos del Centro Nacional de Epidemiología, la cardiopatía isquémica en España, supuso un total de 38.187 defunciones en 2001, de las que 21.724 se produjeron en varones (57%) y 16.463 en mujeres (43%). Esta patología originó el 11,6% de todos los fallecimientos en los varones y el 9,7% en las mujeres, que suponen cifras muy inferiores a las de la Unión Europea (9).

En el año 2003 en la CM fallecieron por esta causa 3904 personas, de las cuales 2140 fueron varones (54,8%) y 1764 mujeres (45,2%), lo que supone una tasa cruda de 68,26 muertes por 100.000 habitantes·año, de 77,51 para varones y de 59,64 para mujeres (tabla 7). La cardiopatía isquémica representa por tanto un número medio de fallecimientos diario de 5,9 varones y de 4,8 mujeres, que suponen un 10,1% de la mortalidad para los primeros y un 8,7% para las segundas (tabla 6).

En cuanto a la distribución de las tasas específicas de mortalidad por edades y por sexo, se observa un aumento continuo en ambos sexos de forma paralela y para todos los grupos de edad, pero siempre con un predominio claro de varones que se conserva hasta el final (gráfico 14).

GRÁFICO 14.

Mortalidad por cardiopatía isquémica. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



En cuanto a la razón de masculinidad, se aprecia cómo el valor de razón más elevado es del grupo de edad de 50 a 54 años, 13,1.

4- Tumores malignos

El cáncer es un problema de salud progresivamente más importante y especialmente en las sociedades más desarrolladas pues ocupa uno de los primeros lugares en las causas de muerte. Según Globocan, el número de nuevos casos en el mundo fue de 10,9 millones en el año 2002, con 6,70 millones de fallecimientos en el mismo año (7). Según los datos de la OMS las defunciones debidas a los tumores malignos en Europa fueron de 1,83 millones para 2002, que supusieron un 22,3% de las muertes por enfermedades no transmisibles y un 19,2% del total de defunciones, si bien la tendencia de la mortalidad por tumores malignos en Europa desde 1990 ha sido descendente (5).

Además de las elevadas cifras de mortalidad debidas a los tumores malignos, estas patologías también generan un alto grado de carga de enfermedad. De esta manera, según los datos de la OMS para 2002, en Europa, el cáncer fue el causante de 17,2 millones de DALYs, lo que supone un 14,9% de todos los DALYs producidos por las enfermedades no transmisibles y un 11,7% respecto de todas las enfermedades (5).

La importancia del cáncer tanto en mortalidad como en carga de enfermedad ha sido origen de diferentes iniciativas a todos los niveles organizativos: mundial, europeo, nacional y comunitario. De esta forma, el plan de acción de “Europa contra el cáncer”, que continúa los planes iniciados en 1987, intenta reducir la mortalidad por esta enfermedad mediante varios tipos de actuaciones, aunque los principales esfuerzos del programa se basan en la lucha contra los factores de riesgo. Este plan pretendía reducir la mortalidad en Europa en un 15% desde 1985 a 2000. Según el estudio de Boyle que analizó los resultados del programa, sólo Finlandia y Austria consiguieron dicha reducción en ambos sexos, fallando en las expectativas claramente

España, Portugal y Grecia. En España, en este periodo, la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer en varones sufrió un evidente ascenso, pero en mujeres la situación se estabilizó en los últimos años (13).

a) Todos los tumores

En España, según los datos del CNE para 2001, hubo un total de 97.496 defunciones debidas a todos los tumores (malignos y benignos), representando el 27,3% del total de causas. De las muertes por cáncer, 61.071 fueron varones (62,6%) y 36.425 fueron mujeres (37,4%). Los tumores en varones supusieron el 32,5% del total de muertes y constituyeron la primera causa de muerte, mientras que en mujeres fueron el 21,5%, constituyendo la segunda causa de muerte por detrás de las del sistema circulatorio (9).

En la CM los fallecimientos alcanzaron los 11.671 en el año 2003, que supone el 28,2% de toda la mortalidad. Representan la segunda causa de muerte después de las enfermedades del sistema circulatorio con un 29,6%, pero se sitúan por delante de las enfermedades del sistema respiratorio (tabla 1).

En varones sin embargo, suponen la causa principal de muerte, con 7.086 fallecimientos que suponen más de 19 muertes por día, y una proporción del 33,6%, por encima de las enfermedades del sistema circulatorio (25,0%). En mujeres la situación es la contraria puesto que se produjeron 4.585 fallecimientos por tumores malignos, es decir, más de 12 muertes por día y el 22,6% de las muertes, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio produjeron el 34,5% de ellas (tablas 2 y 3).

b) Tumores malignos

En cuanto a los tumores malignos, en la CM, el número de fallecimientos en el año 2003 fue de 11241 que suponen el 27,1% del total de muertes. En función del sexo, hubo 6.879 fallecimientos de varones (32,6% del total de muertes), que implican casi 19 muertes por día, y 4.362 mujeres fallecidas (21,5% del total de muertes), que suponen 12 muertes por día (tabla 8).

TABLA 8.

Defunciones totales y mortalidad proporcional por todos los tumores y por los tumores malignos. De los tumores malignos se muestran las tasas crudas y estandarizadas.

Sexo	TOTAL	Todos los tumores		Tumores malignos					
	NA	NA	P	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Ambos	41.424	11.671	28,2	11.241	27,1	196,56	183,39	179,97	186,81
Varones	21.115	7.086	33,6	6.879	32,6	249,14	279,83	273,19	286,47
Mujeres	20.309	4.585	22,6	4.362	21,5	147,47	118,18	114,58	121,78

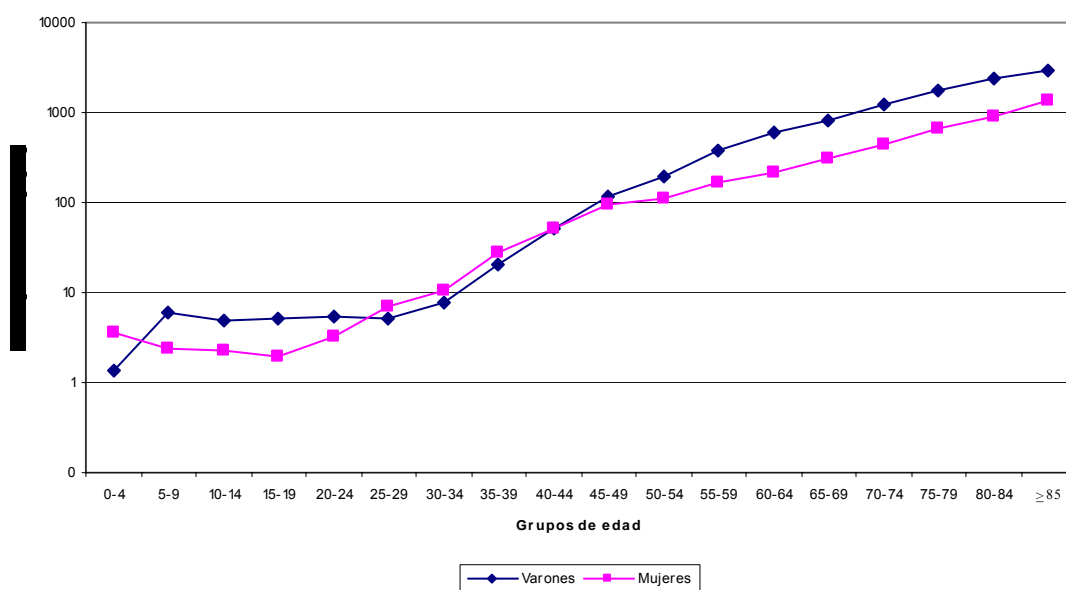
NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

Las tasas estandarizadas por edad fueron de 183,4 por 100.000 habitantes·año para toda la población, pero con una gran diferencia por sexos: 279,8 para varones y 118,2 para mujeres (tabla 8).

En lo que respecta a la distribución de la mortalidad por grupos de edad y por sexo, se observan unas tasas elevadas desde el primer grupo de edad, que se mantienen estables hasta el grupo de 15 a 19 años. A partir de este momento se aprecia un aumento de las tasas de mortalidad en mujeres que continua hasta el último grupo. En varones el aumento se inicia con el grupo de edad de 30 a 34 años, continuando hasta el final (gráfico 15). La menor tasa específica por edad es la del grupo de 0 a 4 años en varones y la de 15 a 19 años en mujeres.

GRÁFICO 15.

Mortalidad por tumores malignos. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.

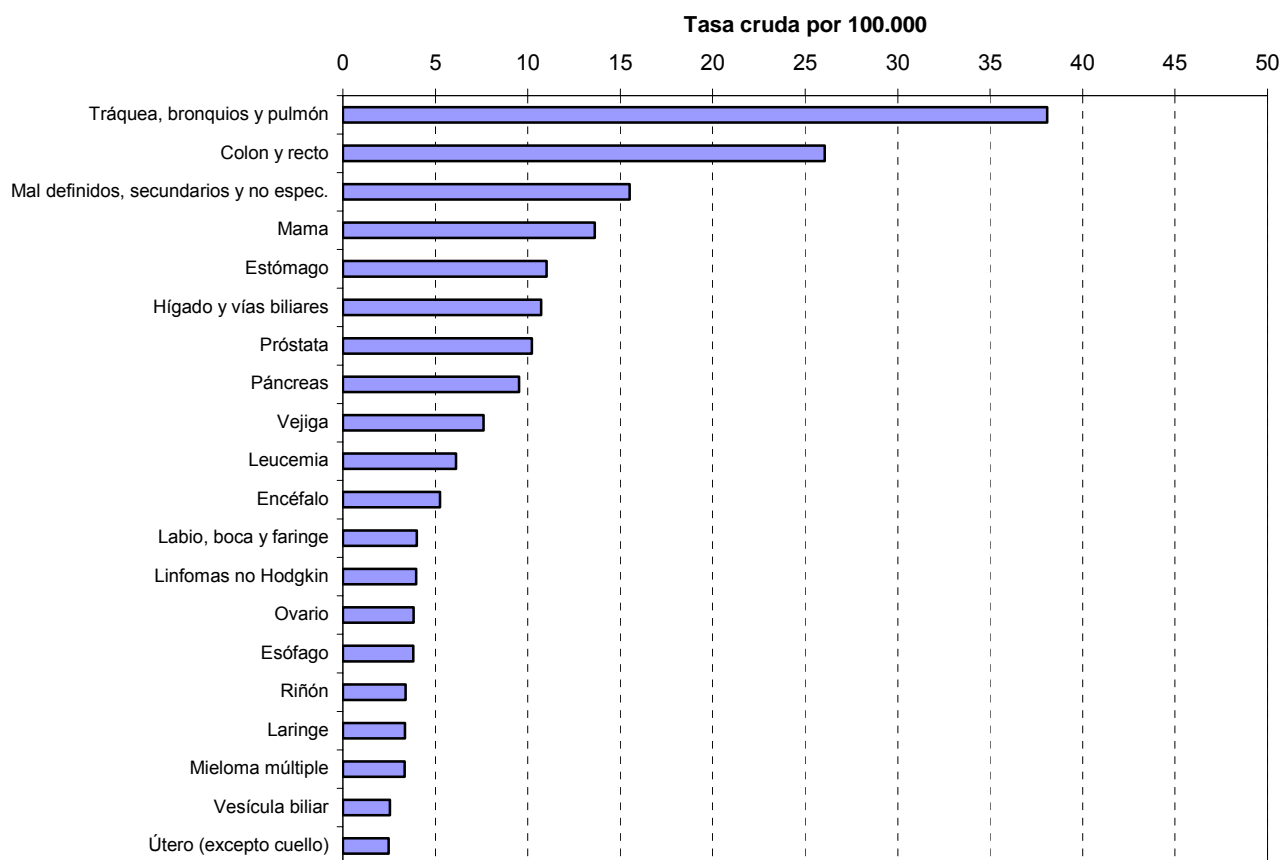


En cuanto a la razón de masculinidad, desde el primer grupo hasta el de 20-24 años se observa un predominio de varones. Desde el grupo de 25-29 años hasta el de 35-39 años se observa una estabilización de la razón con predominio de las mujeres. Sin embargo, desde el grupo de edad de 40-44 años (con razón de 1,00), hasta el grupo de 60-64 años se observa un aumento en la razón de masculinidad progresivo, alcanzando un máximo de 2,77 y que se mantiene hasta el final. La razón de masculinidad global es de 1,69.

Respecto a las localizaciones de los tumores malignos más frecuentes, en el gráfico 16 se muestran los tumores malignos más frecuentes para ambos sexos en orden descendente según la tasa cruda.

GRÁFICO 16.

Diagrama de barras que representa la tasa cruda de los principales tumores malignos. Ambos sexos. CM, 2003.



En la tabla 9 se muestran los tumores malignos según la localización para ambos sexos con número total de fallecimientos, porcentaje que representan, tasa cruda y tasa estandarizada.

TABLA 9.

Mortalidad por tumores malignos en la CM para el año 2003 según localización para ambos sexos.

TIPO DE TUMOR	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Tráquea, bronquios y pulmón	2.178	19,38	38,08	36,32	34,78	37,86
Colon y recto	1.490	13,26	26,05	23,88	22,65	25,11
Mal definidos, secundarios y no espec.	887	7,89	15,51	14,18	13,24	15,12
Mama	779	6,93	13,62	12,65	11,75	13,55
Estómago	630	5,60	11,02	10,21	9,40	11,02
Hígado y vías biliares intrahepáticas	613	5,45	10,72	9,96	9,16	10,76
Próstata	585	5,20	10,23	9,11	8,36	9,86
Páncreas	545	4,85	9,53	9,04	8,27	9,81
Vejiga	435	3,87	7,61	7,05	6,38	7,72
Leucemia	350	3,11	6,12	5,68	5,08	6,28
Encéfalo	300	2,67	5,25	5,13	4,54	5,72
Labio, boca y faringe	229	2,04	4,00	3,90	3,39	4,41
Linfomas no Hodgkin	227	2,02	3,97	3,69	3,21	4,17
Ovario	219	1,95	3,83	3,58	3,10	4,06
Esófago	218	1,94	3,81	3,66	3,17	4,15
Riñón	194	1,73	3,39	3,20	2,74	3,66
Laringe	192	1,71	3,36	3,22	2,76	3,68
Mieloma múltiple y TM células plasmáticas	191	1,70	3,34	3,09	2,65	3,53
Vesícula biliar	146	1,30	2,55	2,35	1,96	2,74
Útero (excepto cuello)	141	1,25	2,47	2,24	1,87	2,61
Piel y tejidos blandos	125	1,11	2,19	1,99	1,64	2,34
OTM digestivos	121	1,08	2,12	1,94	1,59	2,29
Melanoma	104	0,93	1,82	1,71	1,38	2,04
OTM neurológicos y endocrinos	70	0,62	1,22	1,19	0,91	1,47
OTM respiratorios	60	0,53	1,05	1,00	0,74	1,26
Cuello de útero	60	0,53	1,05	1,01	0,75	1,27
OTM órganos genitales femeninos	53	0,47	0,93	0,81	0,59	1,03
Hueso y cartílagos articulares	38	0,34	0,66	0,63	0,43	0,83
Tumor de Hodgkin	29	0,26	0,51	0,47	0,30	0,64
OTM órganos genitales masculinos	14	0,12	0,24	0,23	0,11	0,35
OTM vías urinarias	13	0,12	0,23	0,21	0,10	0,32
OTM tejido linfático y org. hematopoyéticos	5	0,04	0,09	0,08	0,01	0,15

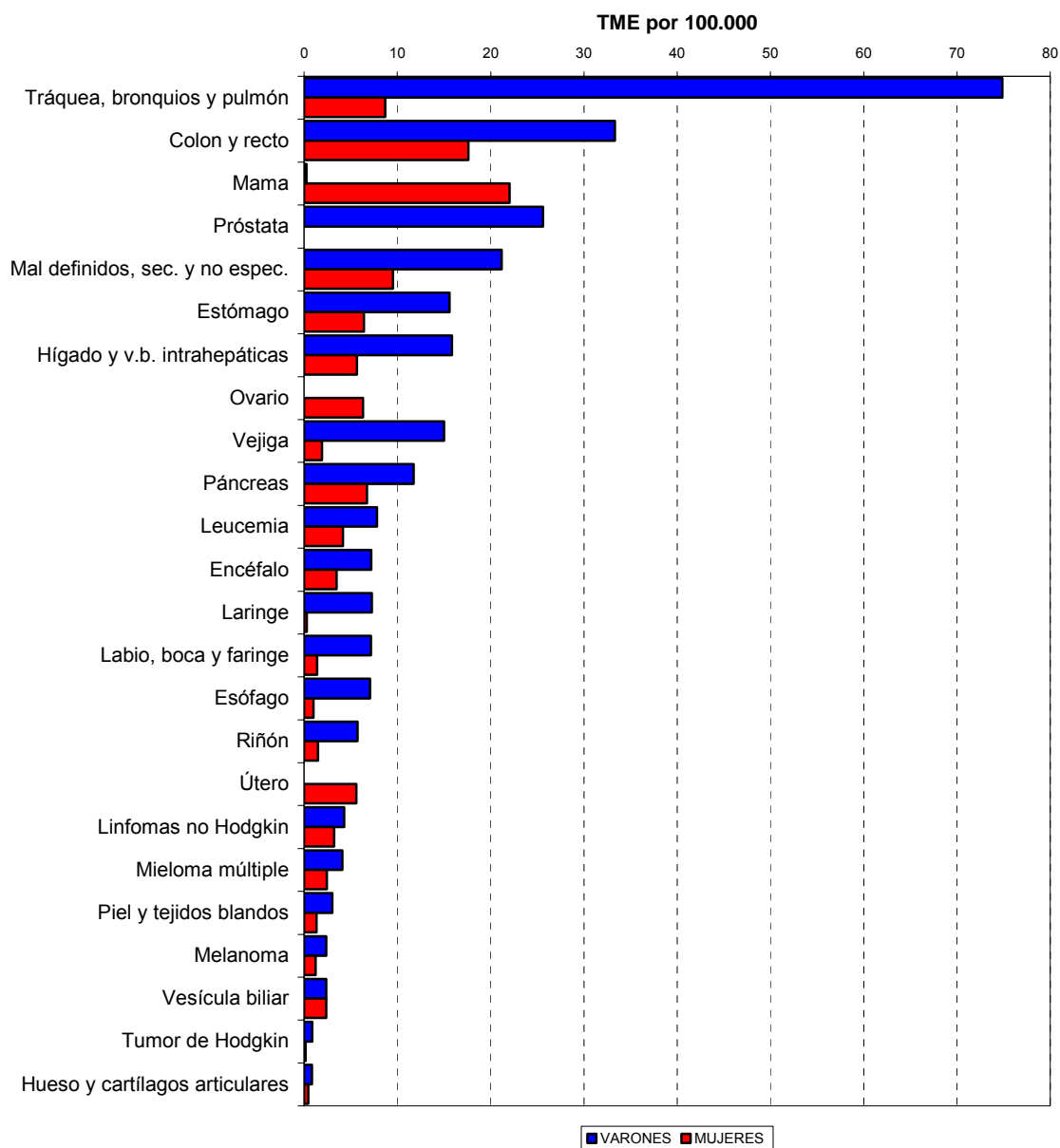
TM: tumor maligno. OTM: otros tumores malignos. NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

El cáncer broncopulmonar y el de colon y recto son los más frecuentes con gran diferencia respecto a los siguientes. Si excluimos a los tumores mal definidos, secundarios y no específicos, el cáncer de mama supone el tercer tumor maligno en frecuencia. A continuación aparecen los tumores digestivos (estómago, hígado y vías biliares y páncreas) y el cáncer de próstata.

El gráfico 17 muestra la tasa de mortalidad estandarizada de los tumores malignos más frecuentes separados por sexos. En este gráfico se puede observar la diferencia real de magnitud de las tasas estandarizadas por edad que existe entre varones y mujeres, y sobre todo se aprecia la gran diferencia que hay entre la tasa del cáncer broncopulmonar en varones respecto de la de mujeres y respecto de la de otros tipos de tumores.

GRÁFICO 17.

Tasa estandarizada de los principales tumores malignos. Varones y mujeres. CM, 2003.



La descripción de los tumores más frecuentes en varones se muestra en la tabla 10. El cáncer del árbol respiratorio ocupa el primer puesto, tanto en mortalidad proporcional (casi el 30% del total) como en tasa cruda (67,6 por 100.000 habitantes-año). El segundo tumor maligno más frecuente, el de colon y recto supone casi el 12% del total con una tasa cruda de 29,2 y en tercer lugar se sitúa el cáncer de próstata, 8,5% de la mortalidad, con una tasa cruda de 21,2. A continuación aparecen los tumores mal definidos y después los tumores digestivos (estómago e hígado) y el de vejiga.

TABLA 10.

Mortalidad por tumores malignos en la CM para el año 2003, según localización. Varones.

TIPO DE TUMOR	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Tráquea, bronquios y pulmón	1.867	27,1	67,62	74,85	71,42	78,28
Colon y recto	807	11,7	29,23	33,32	31,00	35,64
Próstata	585	8,5	21,19	25,62	23,53	27,71
Mal definidos, secundarios y no espec.	517	7,5	18,72	21,20	19,35	23,05
Estómago	391	5,7	14,16	15,59	14,03	17,15
Hígado y vías biliares intrahepáticas	391	5,7	14,16	15,86	14,27	17,45
Vejiga	356	5,2	12,89	15,01	13,44	16,58
Páncreas	295	4,3	10,68	11,74	10,38	13,10
Leucemia	192	2,8	6,95	7,81	6,69	8,93
Encéfalo	185	2,7	6,70	7,18	6,13	8,23
Laringe	182	2,6	6,59	7,25	6,18	8,32
Labio, boca y faringe	180	2,6	6,52	7,16	6,10	8,22
Esófago	179	2,6	6,48	7,07	6,02	8,12
Riñón	141	2,0	5,11	5,73	4,77	6,69
Linfomas no Hodgkin	110	1,6	3,98	4,29	3,48	5,10
Mieloma múltiple y TM células plasmáticas	99	1,4	3,59	4,11	3,29	4,93
Piel y tejidos blandos	74	1,1	2,68	3,02	2,32	3,72
Melanoma	61	0,9	2,21	2,38	1,78	2,98
OTM digestivos	58	0,8	2,10	2,34	1,73	2,95
Vesícula biliar	55	0,8	1,99	2,37	1,74	3,00
OTM respiratorios	46	0,7	1,67	1,77	1,25	2,29
OTM neurológicos y endocrinos	32	0,5	1,16	1,23	0,80	1,66
Tumor de Hodgkin	23	0,3	0,83	0,87	0,51	1,23
Hueso y cartílagos articulares	22	0,3	0,80	0,84	0,48	1,20
OTM órganos genitales masculinos	14	0,2	0,51	0,52	0,24	0,80
OTM vías urinarias	9	0,1	0,33	0,37	0,12	0,62
Mama	6	0,1	0,22	0,25	0,05	0,45
OTM tejido linfático y org. hematopoyéticos	2	0,0	0,07	0,08	0,00	0,19

TM: tumor maligno. OTM: otros tumores malignos. NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

En cuanto a los tumores malignos más frecuentes en mujeres, (tabla 11) la primera causa corresponde al cáncer de mama con el 17,7% de la mortalidad por tumores malignos (tasa cruda de 26,1 por 100.000 habitantes·año), seguido del cáncer de colon y recto, con el 15,7% de la mortalidad y una tasa de 23,1 y. Después de los tumores mal definidos, aparece el cáncer broncopulmonar, con una tasa cruda del 10,5 (el 7,1% de mortalidad), y a continuación los tumores digestivos (páncreas, estómago e hígado).

TABLA 11.

Mortalidad por tumores malignos en la CM para el año 2003, según localización. Mujeres

TIPO DE TUMOR	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Mama	773	17,7	26,13	22,04	20,45	23,63
Colon y recto	683	15,7	23,09	17,62	16,26	18,98
Mal definidos, secundarios y no espec.	370	8,5	12,51	9,54	8,54	10,54
Tráquea, bronquios y pulmón	311	7,1	10,51	8,69	7,70	9,68
Páncreas	250	5,7	8,45	6,74	5,88	7,60
Estómago	239	5,5	8,08	6,40	5,56	7,24
Hígado y vías biliares intrahepáticas	222	5,1	7,51	5,67	4,91	6,43
Ovario	219	5,0	7,40	6,31	5,45	7,17
Leucemia	158	3,6	5,34	4,18	3,51	4,85
Útero (excepto cuello)	141	3,2	4,77	3,76	3,12	4,40
Linfomas no Hodgkin	117	2,7	3,96	3,23	2,63	3,83
Encéfalo	115	2,6	3,89	3,47	2,82	4,12
Mieloma múltiple y TM células plasmáticas	92	2,1	3,11	2,45	1,94	2,96
Vesícula biliar	91	2,1	3,08	2,36	1,86	2,86
Vejiga	79	1,8	2,67	1,92	1,49	2,35
OTM digestivos	63	1,4	2,13	1,59	1,19	1,99
Cuello de útero	60	1,4	2,03	1,84	1,37	2,31
OTM órganos genitales femeninos	53	1,2	1,79	1,32	0,96	1,68
Riñón	53	1,2	1,79	1,50	1,08	1,92
Piel y tejidos blandos	51	1,2	1,72	1,32	0,94	1,70
Labio, boca y faringe	49	1,1	1,66	1,39	0,99	1,79
Melanoma	43	1,0	1,45	1,23	0,85	1,61
Esófago	39	0,9	1,32	1,00	0,68	1,32
OTM neurológicos y endocrinos	38	0,9	1,28	1,13	0,76	1,50
Hueso y cartílagos articulares	16	0,4	0,54	0,46	0,23	0,69
OTM respiratorios	14	0,3	0,47	0,40	0,18	0,62
Laringe	10	0,2	0,34	0,29	0,11	0,47
Tumor de Hodgkin	6	0,1	0,20	0,15	0,03	0,27
OTM vías urinarias	4	0,1	0,14	0,11	0,00	0,22
OTM tejido linfático y org. hematopoyéticos	3	0,1	0,10	0,09	-0,02	0,20

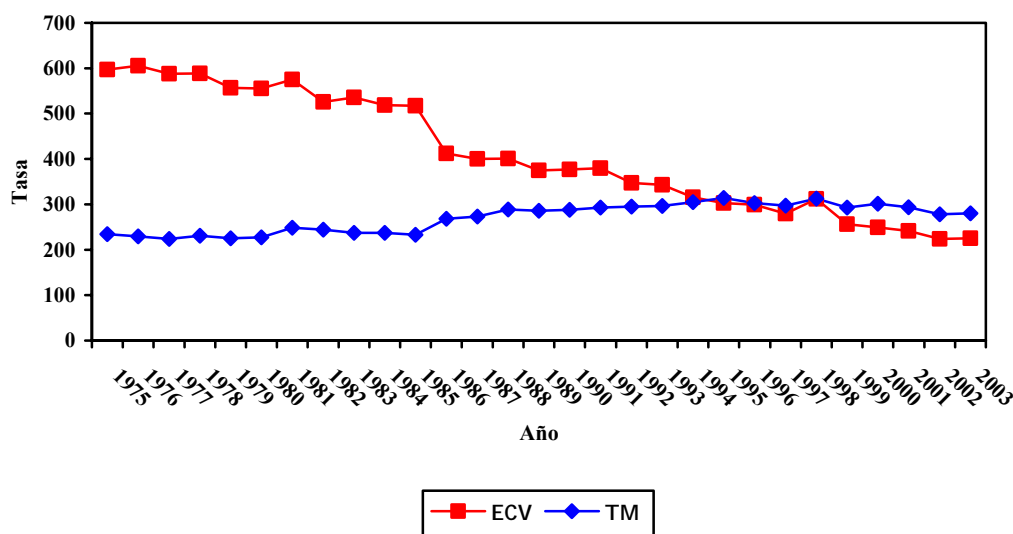
TM: tumor maligno. OTM: otros tumores malignos. NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

Teniendo en cuenta la evolución temporal de la mortalidad por tumores malignos desde 1975 hasta 2003, podemos apreciar que ha habido un aumento de estas tasas estandarizadas de forma lenta pero constante en ambos sexos. La comparación de esta evolución con la de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se puede observar en el gráfico 18 para varones y el gráfico 19 para mujeres.

En varones, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha ido reduciéndose de manera importante (de una tasa de casi 600 muertes por 100.000 habitantes·año a 225), mientras que la mortalidad por tumores malignos ha aumentado, si bien no excesivamente (gráfico 18). La tasa estandarizada era de 234 en el año 1975 y de 280 en el 2003, lo cual supone un aumento de casi el 20% en 28 años. El resultado final por tanto, ha supuesto que si en 1975 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares casi triplicaba a la de tumores malignos (597 frente a 234), en 2003 esta última supera a la primera en un 25% (tasa de 280 frente a 225 en cardiovasculares). Concretamente, el año en el que por vez primera la tasa de mortalidad por tumores malignos superó a la de enfermedades cardiovasculares fue 1995.

GRÁFICO 18.

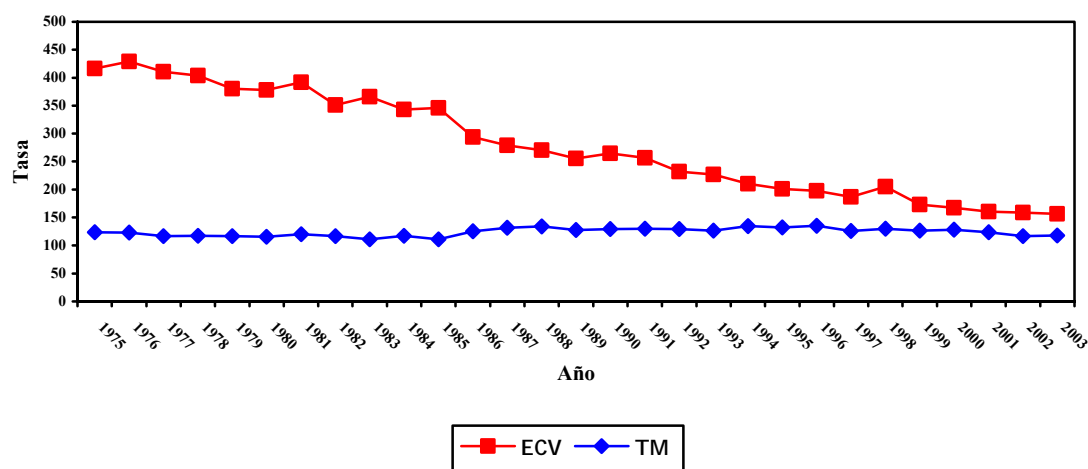
Evolución de la mortalidad por tumores malignos y enfermedad cardiovascular. CM, periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones. ECV: enfermedad cardiovascular. TM: tumores malignos.



En mujeres, sin embargo, al contrario de lo que ocurrió en varones, en la mortalidad por tumores malignos se observa una estabilidad a lo largo de este periodo, con pequeñas variaciones en las tasas estandarizadas (gráfico 19). La tasa en 1975 fue de 124 muertes por 100.000 habitantes·año y de 118 en 2003, lo que indica que incluso se ha observado una muy ligera reducción de estas tasas (cerca del 5%). En cambio, como puede verse en el gráfico, en las enfermedades cardiovasculares la disminución de la mortalidad en este periodo ha sido notable.

GRÁFICO 19.

Evolución de la mortalidad por tumores malignos y enfermedad cardiovascular. CM, periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Mujeres. ECV: enfermedad cardiovascular. TM: tumores malignos.



Si comparamos las gráficas de los varones y de las mujeres (gráficos 18 y 19), siguen ambas tasas de mortalidad una tendencia parecida. Sin embargo, además de las diferencias en la magnitud de las tasas, se observa que en varones la mortalidad por tumores malignos ya ha superado a la de enfermedades cardiovasculares, mientras que en mujeres aún no ha sucedido.

En los gráficos 20 y 21 se muestra la mortalidad por los principales tumores malignos para varones y para mujeres desde 1975 hasta 2003 en la CM. Se representan también los tumores mal definidos, secundarios y no especificados.

GRÁFICO 20.

Mortalidad por los principales tumores malignos. CM, periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones.

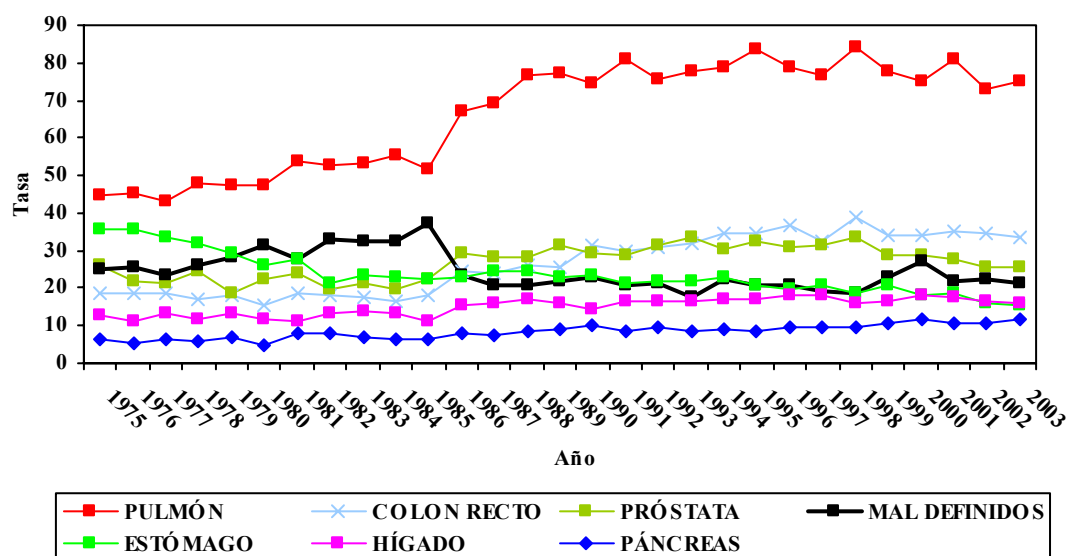
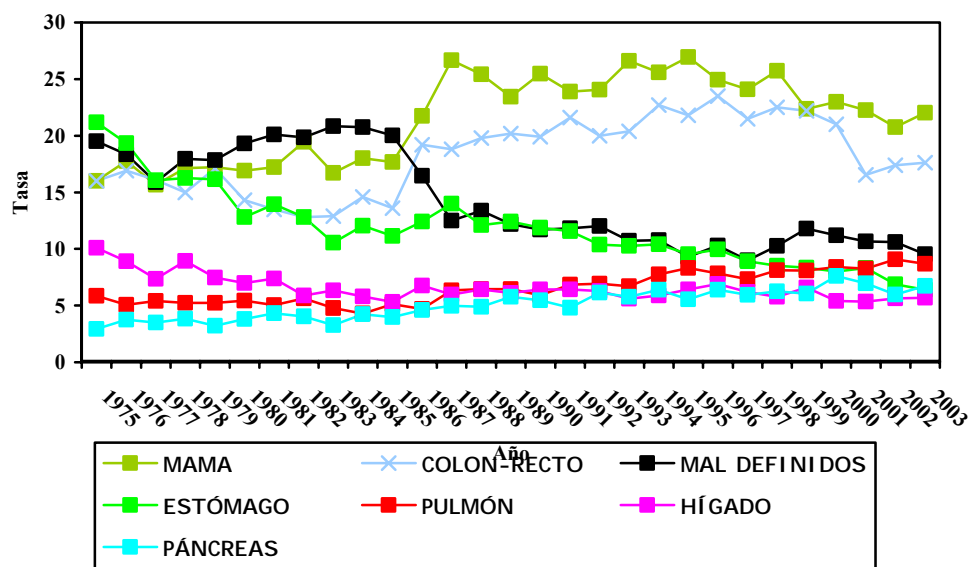


GRÁFICO 21.

Mortalidad por los principales tumores malignos. CM, periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Mujeres.

c) Cáncer broncopulmonar (tráquea, bronquios y pulmón)

El cáncer broncopulmonar en Europa, con datos del año 2004, presentó el número más elevado de casos nuevos, con 381.500 (78,3% en varones). Fue también el tumor maligno que más muertes produjo, con 341.800 defunciones (78,5% en varones). Además, de todas las muertes por cáncer en varones, el cáncer de pulmón fue el causante del 28% del total; sin embargo, en mujeres originó una menor proporción (17,3% del total de muertes por cáncer) (12).

Los datos proporcionados por el CNE para España muestran que en varones el cáncer de pulmón causó 16.218 muertes en 2001, con una tasa estandarizada de 70,49 fallecimientos por 100.000 habitantes·año y representando el 8,63% de todas las causas de muerte y el 27,4% de todos los cánceres. En mujeres este tumor causó 1.948 fallecimientos, con una tasa estandarizada de 6,88 muertes por 100.000 habitantes·año y fue responsable del 1,15% de todas las causas de muerte y 5,6% de todos los cánceres (9).

En la CM los resultados han sido similares: en varones el cáncer broncopulmonar supuso el tumor maligno más frecuente, con 1.867 fallecimientos en 2003 (más de 5 muertes por día), con una mortalidad proporcional del 27,1%, una tasa cruda de mortalidad de 67,6 muertes por 100.000 habitantes·año, y una tasa estandarizada de 74,9 (IC 95% de 71,4 a 78,3); esta tasa es, por tanto, algo superior a la española (más de 4 puntos).

La tasa estandarizada supera en más del doble a la siguiente causa de muerte por tumor maligno, el cáncer de colon y recto (tabla 10).

En la evolución en el tiempo en varones, este tumor ha pasado de una tasa cruda de 45 en 1975 a 75 en 2003. Este hecho implica un aumento muy marcado en este periodo (67%). En el gráfico de la evolución (gráfico 20), se aprecia un “salto” entre 1985 y 1986, momento de cambio de

gestión del registro de mortalidad que supuso una mejora en la especificidad de las causas, lo que indica que esa diferencia sea probablemente debida a un artificio y no representa un incremento real entre esos dos años. En cualquier caso, la mortalidad aumenta a lo largo de todo el periodo alcanzándose la tasa máxima en el año 1998 (84,3/100000).

En mujeres el cáncer broncopulmonar sin embargo, no es el tumor maligno más frecuente, sino que está en cuarta posición, con una mortalidad proporcional del 7,1%, una tasa cruda de mortalidad de 10,5 muertes por 100.000 habitantes·año, y una tasa estandarizada de 8,7 (IC 95% de 7,7 a 9,7), (tabla 11); Esta tasa es superior a la española en casi 2 puntos.

Por tanto, su tasa estandarizada supone casi una décima parte de la de los varones, lo que refleja la todavía gran diferencia de mortalidad entre ambos sexos. Esta diferencia se observa de manera notoria en el gráfico 17.

En cuanto a la evolución en el tiempo en mujeres, este tumor ha pasado de una tasa cruda de 5,9 en 1975 a 8,7 en 2003. En resumen, ha habido un aumento de la mortalidad por cáncer broncopulmonar en mujeres, con una tasa máxima de 9,1 alcanzada en el año 2002.

d) Cáncer de colon y recto

El cáncer colorrectal en Europa fue la segunda causa en casos nuevos de cáncer con 376.400 por detrás del cáncer de pulmón y en defunciones, con 203.700 (año 2004) de las que el 50,7% fue en varones. Representó el 10,7% de la mortalidad por todos los tumores en varones y el 13,4% en mujeres (12)

En España, en el año 2001, en varones causó 6813 muertes, representando el 3,6% de todas las causas y el 11,5% del total de cánceres. En mujeres originó menor número de fallecimientos (5210), pero supuso el 3,1% de todas las causas y el 14,9% de los tumores malignos (9).

En datos de la CM, el cáncer colorrectal en varones representa la segunda causa de muerte por tumor maligno, con un total de 807 fallecimientos en 2003 (más de 2 muertes por día). Supone el 11,7% del total de muertes por tumores malignos, con una tasa cruda de 29,2 y tasa estandarizada de 33,3 muertes por 100.000 habitantes·año (IC 95% de 31,0 a 35,6). Este tumor y el broncopulmonar son los únicos tumores malignos que superan el 10% de porcentaje de mortalidad en el varón (tabla 10).

En la evolución en el tiempo en varones, este tumor ha pasado de una tasa cruda de 18,5 en 1975 a 33,3 en 2003, lo que supone un aumento en este periodo del 80%; además, se ha mantenido en cifras superiores a 30 desde el año 1990. Se constata un aumento de la mortalidad por esta causa que sitúa al cáncer de colon y recto en segunda posición en mortalidad en el varón, cuando en los años 70 y principios de los 80 era la 4ª causa de muerte.

En mujeres este tumor es el segundo en frecuencia por detrás del de mama, con 683 muertes en 2003 (casi 2 muertes por día), un porcentaje del 15,7%, una tasa cruda de 23,1 fallecimientos por 100.000 habitantes·año y una tasa estandarizada de 17,6 (IC 95% de 16,3 a 19,0). Este tumor y el cáncer de mama son los únicos tumores malignos que superan el 10% del porcentaje de mortalidad en la mujer (17,7 en mama y 15,7% en colon y recto) (tabla 11).

En cuanto a la evolución temporal en mujeres, este tumor no ha experimentado grandes cambios en su tasa estandarizada, pues si en 1975 tenía una tasa de 16,0 en 2003 era de 17,6, aunque entre el año 1989 y 2000 esta tasa se mantuvo en cifras superiores a 20. En cuanto al “salto” por el cambio de gestión del registro, en mujeres también se ha notado su efecto pues se pasó de una tasa de 13,6 (1985) a una tasa de 19,2 (1986). En cualquier caso, se puede afirmar que este tipo de tumor maligno no ha experimentado cambios sustanciales en su tasa en este periodo de tiempo, si bien el cáncer de colon y recto junto con el cáncer de mama se han separado claramente del resto de tumores en cuanto a la tasa se refiere a lo largo de estos últimos 15 años (gráfico 21).

e) Cáncer de mama

El cáncer de mama ocupó el tercer lugar en casos nuevos de cáncer en Europa en 2004. Representó la 4ª causa de muerte por tumores malignos para ambos sexos, siendo la 1ª causa de muerte por cáncer en mujeres con el 17,3% del total de la mortalidad (12). En España (año 2001), esta patología ocasionó 5891 defunciones, lo que supuso el 3,5% de la mortalidad por todas las causas y el 16,9% de los fallecimientos por tumores malignos (9).

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumor maligno en mujeres en la CM. Supone el 17,7% de la mortalidad por cáncer con 773 fallecimientos en 2003 (más de 2 muertes por día), una tasa cruda de 26,1 muertes por 100.000 habitantes·año y una tasa estandarizada de 22,0 (IC 95% de 20,5 a 23,6), (tabla 11).

En la evolución desde 1975 hasta el 2003, se observó un paulatino aumento en la tasa con la única salvedad del brusco “salto” entre 1985 (tasa de 17,7) y 1986 (tasa de 21,8). A partir de ese año las tasas se mantienen en cifras que superan siempre los 20 casos por 100.000 habitantes·año, llegando a los 22,0 de 2003. Por tanto, si obviamos este cambio, el cáncer de mama no ha experimentado cambios importantes en su tasa de mortalidad en este periodo de tiempo (gráfico 21), aunque desde el año 1998 se aprecia un descenso que se ha mantenido hasta el año 2003.

f) Cáncer de próstata

El cáncer de próstata ocupó el cuarto lugar en casos nuevos de cáncer en Europa en 2004. Representó la 6ª causa de muerte por tumores malignos para ambos sexos, representando la 3ª causa de muerte por cáncer en varones con el 8,9% del total de la mortalidad (12). En España (año 2001), fue motivo de 5.651 defunciones, lo que supuso el 3,0% de la mortalidad por todas las causas y el 9,5% de los fallecimientos por tumores malignos (9).

El cáncer de próstata en la CM es el tercer tumor maligno en mortalidad proporcional en varones, con un 8,5% del total de mortalidad por cáncer. Es causa de 585 fallecimientos en 2003 (1,6 muertes por día), supone una tasa cruda de 21,2 casos por 100.000 habitantes·año y una tasa estandarizada de 25,6 (IC 95% de 23,5 a 27,7), (tabla 10).

En lo que se refiere a la evolución desde 1975 hasta 2003, en el gráfico 20 se puede apreciar cómo las tasas estandarizadas apenas han variado entre uno y otro año, de manera que en los años 70 y principios de los 80 las tasas se han situado en valores cercanos a 20 casos por 100.000

habitantes·año, pero se vuelve a ver el cambio de gestión de registro entre 1985 y 1986 en el que se pasa de una tasa de 22,4 a 29,5. A partir de este punto, las tasas alcanzan los máximos valores entre 1992 y 1998 con cifras superiores a 30, y bajan después para situarse en 2003 en 25,6. Estas cifras inducen a pensar que apenas ha habido cambios en la tasa estandarizada de mortalidad en estos 28 años.

g) Cáncer de páncreas, estómago e hígado

En Europa de estos tres tipos de cáncer es el de estómago el que presenta mayor número de casos nuevos al año, ocupando el 6ª lugar según este indicador para ambos sexos. En cuanto a la mortalidad ocurre algo semejante puesto que tanto en varones como en mujeres está en el 4º lugar de causa de mortalidad entre todos los tumores malignos, en varones con un 8,4% y en mujeres con un 7,6% (12).

En España en 2001, estos tumores se mantuvieron dentro de los 10 primeros puestos con porcentajes de mortalidad respecto a todos los cánceres en varones de 6,3 en el de estómago, 4,9% en el de hígado y de 3,9% en el cáncer de páncreas. En mujeres las cifras fueron parecidas, con 6,7% en el cáncer de estómago, 5,5% en páncreas y 4,3 en el hepático (9).

En al CM, estos tres tipos de cáncer presentaron cifras de mortalidad parecidas en el 2003. En varones cada uno de ellos causó cerca de un fallecimiento por día, con una mortalidad proporcional de alrededor del 5%. Las tasas crudas se situaron entre valores de 10 y de 14 por 100.000 habitantes·año (tabla 10). En mujeres también la mortalidad proporcional ha sido de cerca del 5%, si bien el número absoluto de fallecimientos en 2003 se situó entre 200 y 250. Las tasas crudas se movieron entre 7 y 8 por 100.000 habitantes·año, lo que supone algo más de la mitad que las tasas de varones (tabla 11). Las tasas estandarizadas en mujeres representan menos de la mitad de las tasas estandarizadas en varones (tablas 10 y 11).

En cuanto a la evolución en el tiempo de estos tumores malignos, a pesar de las diferentes cifras absolutas y de tasas estandarizadas, el comportamiento ha sido muy parecido en ambos sexos. El cáncer de páncreas ha aumentado sus tasas a casi el doble en varones (tasas de 6,3 en 1975 y 11,7 en 2003) y a más del doble en mujeres (tasas de 2,9 en 1975 y de 6,7 en 2003). El cáncer de hígado y vías biliares intrahepáticas ha mostrado un ligero aumento en este periodo en el caso de los varones (tasas de 13,0 a 15,9), mientras que en las mujeres se ha producido una considerable reducción, pues sus tasas se han reducido a casi la mitad en el mismo periodo.

En el cáncer de estómago se ha producido un hecho semejante en ambos sexos: se han reducido de forma llamativa las tasas estandarizadas a menos de la mitad en el periodo de 1975 a 2003. Este caso es relevante puesto que las tasas de mortalidad por cáncer de estómago eran elevadas en varones (35,9) y en mujeres (21,2) en 1975 y han pasado a ser de 15,6 en varones y de 6,4 en mujeres (gráficos 20 y 21).

h) Otros tumores malignos

Además de los tumores mal definidos, secundarios y no específicos, del resto de tumores destacan los tumores ginecológicos (ovario y útero). Estos tumores siguen siendo responsables de una elevada tasa de mortalidad femenina. En Europa el cáncer de útero ocupa el 7º lugar en número de casos nuevos para ambos sexos y en mortalidad está en el 6º lugar en cuanto a la mortalidad proporcional se refiere con un 6,6% de las muertes por cáncer en mujeres.

En España, en el año 2001, estos tumores ocupaban el 7º lugar en frecuencia para el de ovario, y 8º lugar para el de útero. Ambas patologías presentaban unas tasas crudas que rondaban las 9 defunciones por 100.000 habitantes·año y poco más del 1% de la mortalidad por todas las causas y del 5% respecto de todos los cánceres (9).

En la CM el cáncer de ovario, con un 5,0 de mortalidad proporcional y tasa cruda de 7,4 muertes por 100.000 habitantes·año, ocupa el 8º lugar en la mortalidad en mujeres (tabla 11). El cáncer de útero (cuello y resto del órgano) es el 4,6% de las muertes con una tasa cruda de 6,8 defunciones por 100.000 habitantes·año y tasa estandarizada de 5,6 (IC 95% 4,8-6,4), (gráfico 17 y tabla 11).

Otro tumor relativamente frecuente es el de vejiga, sobre todo en varones, que ocupa el 7º lugar en frecuencia, con 5,2% de los fallecimientos por tumor maligno, 356 muertes en 2003 (cerca de 1 por día) y una tasa cruda de 12,9 muertes por 100.000 habitantes·año (tabla 10). En mujeres, sin embargo, ocupa el 15º lugar, con una mortalidad proporcional de 1,8%, con 79 muertes en 2003, es decir, 4,5 veces más mortalidad en varones que en mujeres (tabla 11). Según los datos del CNE para España, el cáncer de vejiga supuso el 5,7% de los tumores malignos en los varones y el 2,1% en las mujeres (9).

5- Enfermedades del aparato respiratorio

a) Todas las enfermedades respiratorias

Este grupo de enfermedades es el origen del 6,5% de todas las defunciones en el mundo (6,4% en varones y 6,6% en mujeres) con 3,7 millones de muertes (52% en varones) estimadas para 2002 (7). En la Unión Europea, según datos de la OMS, se calcularon más de 380.000 fallecimientos por estas enfermedades (52% en varones). Esta causa representa, además, el 9% de las muertes en varones y el 8% en mujeres (8).

En España en el año 2001 se produjeron 37.179 fallecimientos por estas enfermedades (60% en varones). Es la 3ª causa de muerte en ambos sexos, aunque en varones representa el 11,9% de toda la mortalidad y en mujeres es el 8,8% (9).

Estas enfermedades también suponen la tercera causa de muerte en la CM para ambos sexos y tanto para varones como para mujeres por separado (tablas 1, 2 y 3). Las enfermedades del aparato respiratorio suponen para ambos sexos una tasa cruda de mortalidad de 103,3 muertes por 100.000 habitantes·año, y una tasa estandarizada de 88,5 (tabla 1). Para varones la tasa cruda es de 117,1 y tasa estandarizada de 141,9 (tabla 2), mientras que para mujeres estas cifras son menores: tasa cruda de 90,4 muertes por 100.000 habitantes·año y tasa estandarizada de 58,3 (tabla 3).

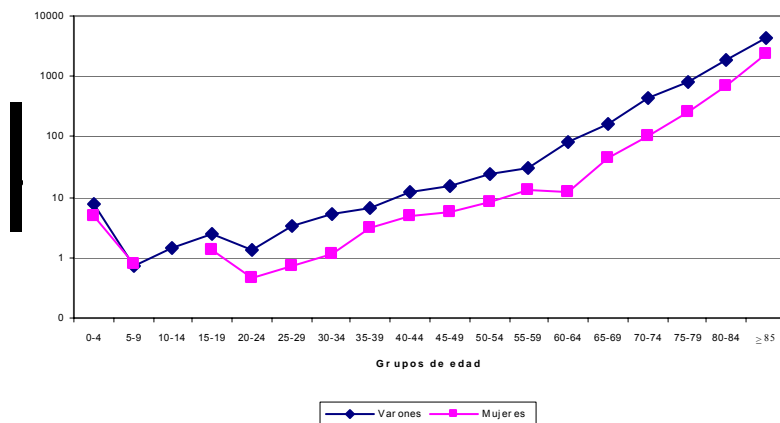
En el año 2003 se produjeron 5.906 fallecimientos por esta causa, repartidas en 3.232 muertes en varones lo que suponen 8,9 defunciones por día y 2674 muertes en mujeres, es decir, más de 7 fallecimientos por día. Esta mortalidad representa el 14,3% de todas las causas (15,3% en varones y 13,2% en mujeres), (tablas 1, 2 y 3).

La distribución de la mortalidad por grupos de edad se puede observar en el gráfico 22. Se aprecia que la mortalidad en varones es mayor que en mujeres para todos los grupos de edad. Hasta el grupo de edad de 20-24 años el total de fallecimientos fue de 21 en varones y de 11 en

mujeres, manteniendo cifras absolutas reducidas. Sin embargo, el aumento en las tasas de mortalidad en ambos sexos se da a partir del grupo de 25-29 años, que sigue elevándose hasta el último grupo de forma constante.

GRÁFICO 22.

Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.

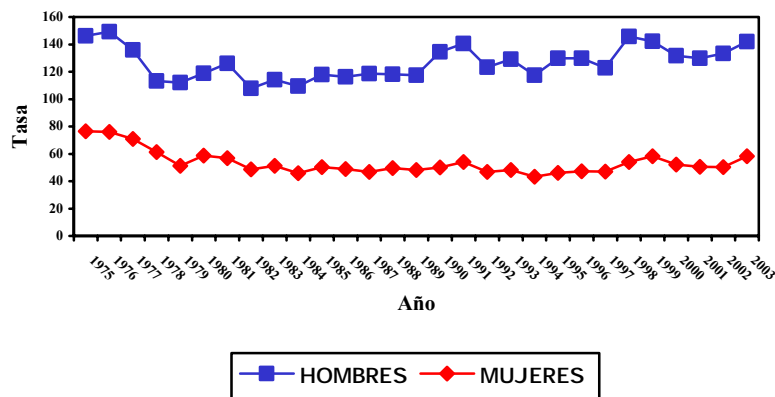


La razón de masculinidad es mayor de 2 en todos los grupos de edad a partir del de 20-24 años salvo en el último grupo (≥ 85 años). La mayor razón de masculinidad se da en el grupo de 60-64 años con un valor de 7,1.

El gráfico 23 representa la evolución de la mortalidad desde el año 1975 hasta el 2003. Se puede apreciar cómo las tasas estandarizadas en varones son mucho más altas que en mujeres (alrededor del doble). En varones la gráfica es irregular, de manera que en un primer momento se produce un descenso de las tasas, alcanzando el valor más bajo en 1982 (108 muertes por 100.000 habitantes·año), pero después se mantiene en cifras más o menos constantes y finalmente alcanza de nuevo la tasa de 142 en 2003. En mujeres, sin embargo, se aprecia un descenso lento y constante, si bien en la parte final se inicia de nuevo un ascenso de las tasas. La tasa más elevada es la de 1975 (76,5) y la más baja es la de 1994, con 43,2. En los años 2000 las tasas se sitúan por encima de los 50 fallecidos por 100.000 habitantes·año. Comparando las gráficas de varones y mujeres se puede apreciar un cierto paralelismo entre ambas gráficas, sobre todo al inicio y al final, donde se observa en estos últimos 3 años un incipiente aumento (gráfico 23).

GRÁFICO 23.

Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio según sexo. CM. Periodo 1975-2003.
Tasas por 100.000 habitantes-año estandarizadas por edad. Varones y mujeres



En las tablas 1, 2 y 3 del Anexo 5 y en los gráficos 24, 25 y 26 se presentan las diferentes patologías que componen el grupo de enfermedades respiratorias para ambos sexos y para varones y mujeres. El grupo de otras enfermedades del sistema respiratorio, es el más numeroso con 2.369 fallecimientos, que se reparten en 1.087 varones (segunda causa de muerte) y 1.282 mujeres (primera causa de muerte). Este grupo junto con las neumonías y las EPOC constituyen más del 90% de todas las defunciones por enfermedad respiratoria en la CM. Del resto, son las insuficiencias respiratorias las causantes de mayor número de muertes, si bien a una gran distancia de las causas anteriores.

GRÁFICO 24.

Tasas crudas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. Ambos sexos. CM, 2003.
OE: otras enfermedades.

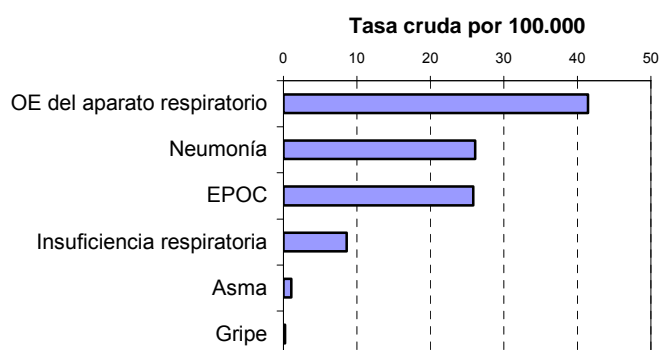
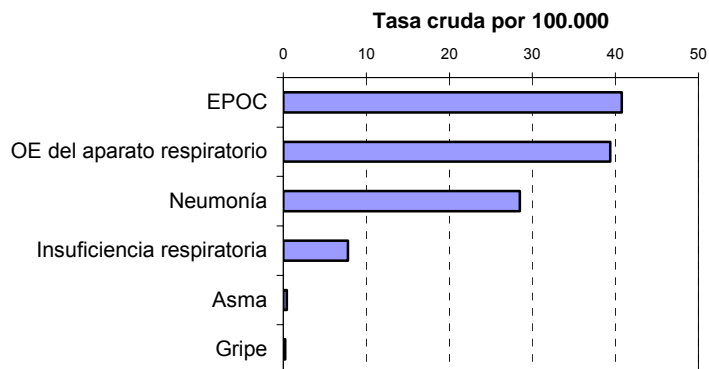
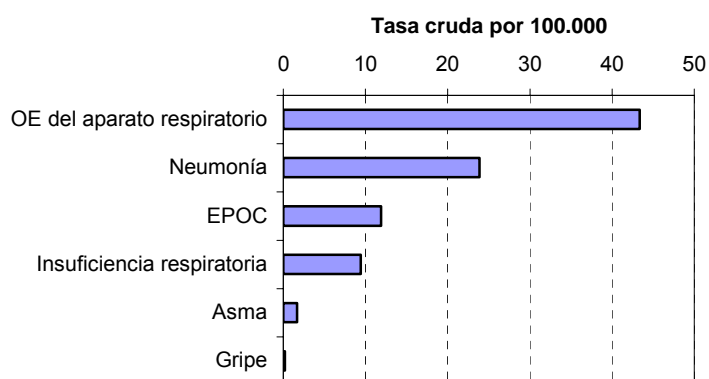


GRÁFICO 25.

Tasas crudas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. Varones. CM, 2003. OE: otras enfermedades.

**GRÁFICO 26.**

Tasas crudas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. Mujeres. CM, 2003. OE: otras enfermedades.



b) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es, junto con las neumonías, una de las principales causas de muerte por enfermedad respiratoria. En España fue la causa de muerte de 15.171 personas (74% en varones), que supuso el 40,8% del total de causas respiratorias y el 4,2% del total de defunciones. Según sexos, en varones con 11.257 fue el motivo del 6,0% de todas las defunciones y en mujeres con 3914 muertes originó el 2,3% de la mortalidad. Por tanto, murieron en España casi 3 veces más varones que mujeres por EPOC (9).

En la CM, en el 2003 supuso un total de 1.478 defunciones, con gran diferencia según el sexo: 1.126 varones y 352 mujeres fallecidos, es decir el número de muertes en varones triplica al de mujeres, al igual que ocurría en toda España. Por ello, respecto de la mortalidad por

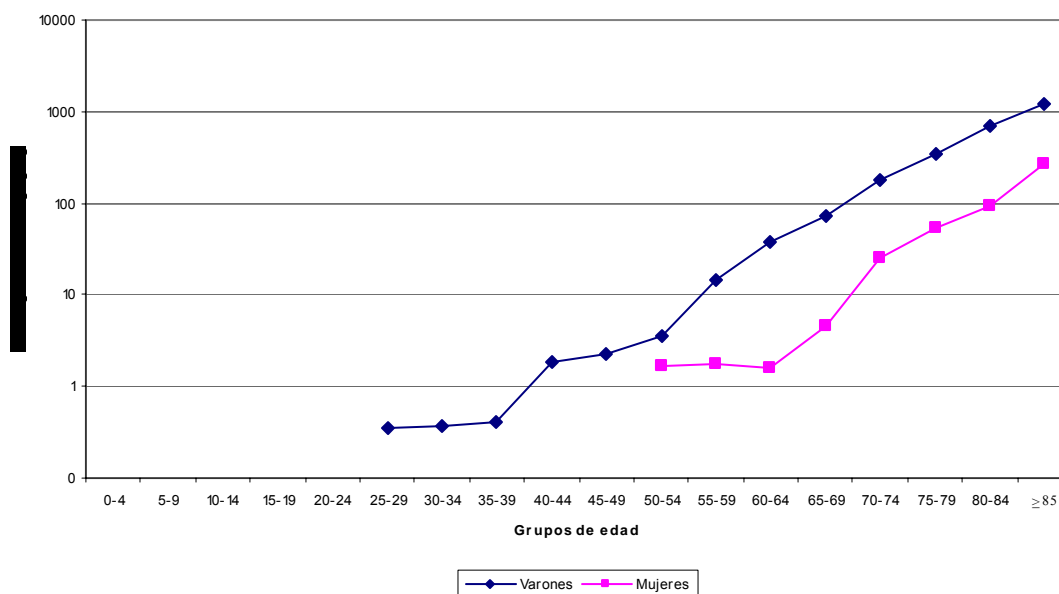
enfermedades respiratorias, la EPOC es la tercera causa de muerte en ambos sexos, la primera en varones y la tercera en mujeres (gráficos 24, 25 y 26; Anexo II).

En varones la EPOC causó más de 3 fallecimientos por día, representando el 35% de las muertes por enfermedad respiratoria. Presentó una tasa cruda de 40,8 muertes por 100.000 habitantes·año, con una tasa estandarizada de 48,8 (IC 95% 45,9-51,7), (gráfico 25; Anexo II). En mujeres esta patología causó casi 1 muerte por día, supone un 13% de las defunciones de causa respiratoria, presentando una tasa cruda de 11,9 muertes por 100.000 habitantes·año y una tasa estandarizada de 7,8 (IC 95% 7,0-8,7), (gráfico 26; Anexo II)

El gráfico 27 muestra cómo las tasas de mortalidad aumentan rápidamente a partir del grupo de edad de 50-54 años en los varones y del de 60-64 años en las mujeres.

GRÁFICO 27.

Mortalidad por enfermedad obstructiva crónica. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



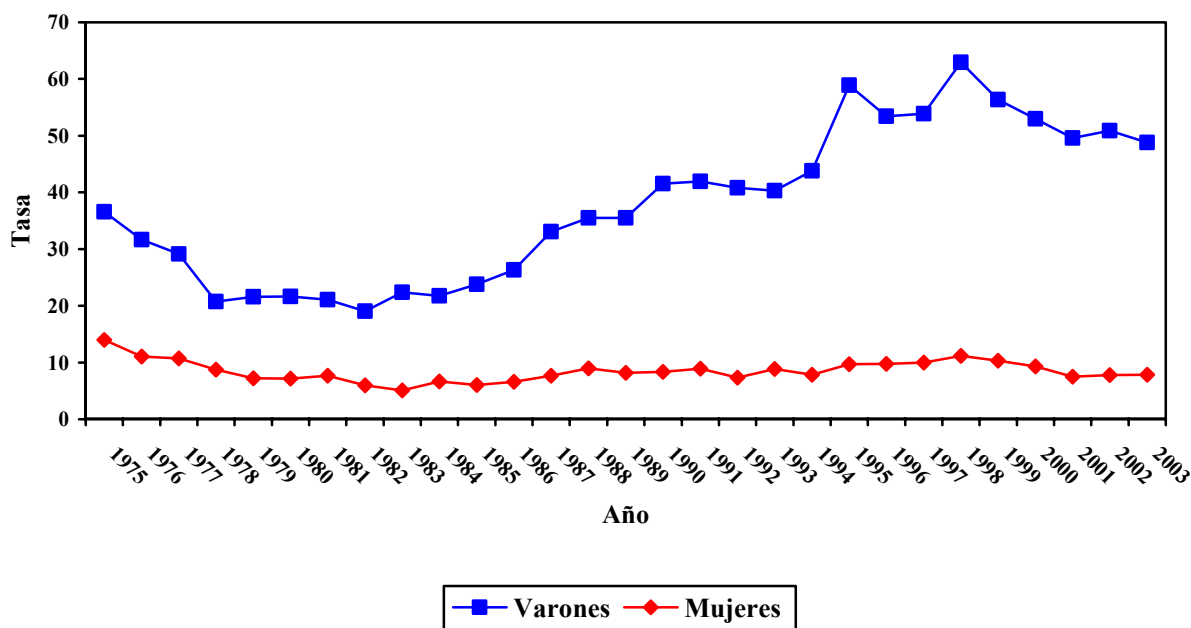
La razón de masculinidad está claramente desplazada hacia los varones. En los grupos de edad en que se puede expresar este valor (mayores de 50 años) son siempre valores mayores de 2. Los valores más bajos están en los grupos de 50-54 y de ≥ 85 años, mientras que los valores máximos se encuentran en el grupo de 60 a 64 años, con una razón de 24, y en el grupo de 65-69 con una razón de 16.

En cuanto a la evolución en el tiempo de la EPOC desde 1975 hasta 2003, se observa claramente la gran diferencia entre las tasas de varones y mujeres cuyas máximas diferencias se produjeron a finales de los años 90 (gráfico 28). La curva de los varones muestra un descenso inicial en el que los mínimos se alcanzan a principios de los 80 (año 1982 con una tasa de 19). Desde este punto se inicia un aumento que continua hasta finales de los 90 y años 2000. El máximo valor de la tasa es de 63 en el año 1998, manteniéndose elevada desde estos años hasta el 2003. En las mujeres se produjo también un descenso inicial hasta el año 1983 en que se alcanza el mínimo (tasa de

5,1), a continuación se siguió de un aumento leve y mantenido. En resumen, la mortalidad por EPOC ha aumentado mucho más en varones que en mujeres, especialmente desde los inicios de los años 80. En los últimos 5 ó 6 años se aprecia una tendencia descendente en ambos sexos (gráfico 28).

GRÁFICO 28.

Evolución de la mortalidad por EPOC según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres.



6- Causas externas

a) Todas las causas externas

Estas causas constituyen el tercer gran grupo de causas de muerte según la clasificación de la OMS. En el mundo este grupo causó más de 5,16 millones de fallecimientos en 2002 (67% en varones) (7). En la Unión Europea fue el motivo de más de 230.000 muertes (65% en varones). Estas causas supusieron el 7% de la mortalidad total en varones y el 4% en mujeres (8).

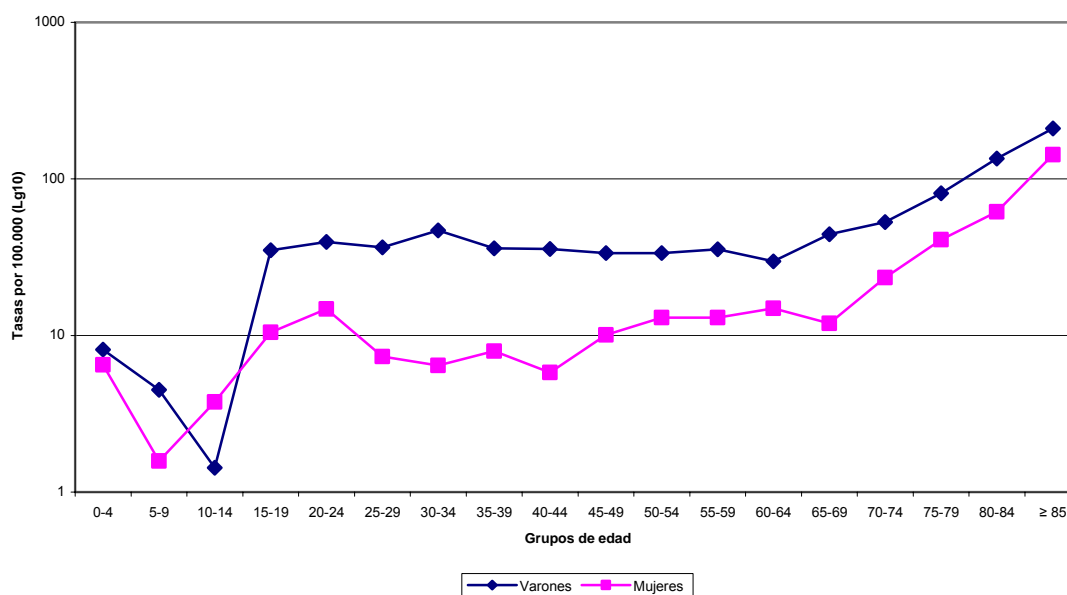
En España estas causas motivaron 15.377 defunciones en 2001 (72% en varones), y representaron el 5,9% del total de muertes en varones y el 2,5% en mujeres (9).

Las causas externas ocupan el 7º lugar en causa de muerte de la CM en ambos sexos con 1.467 defunciones, si bien hay una gran diferencia entre varones y mujeres, pues en los primeros ocupa el 5º lugar y en las segundas el 10º. En varones las causas externas suponen un 4,8% de todas muertes, con 1.020 fallecimientos (casi 3 muertes por día), una tasa cruda de 4,8 muertes por 100.000 habitantes·año, y tasa estandarizada de 36,4. En mujeres, sin embargo las cifras son inferiores, puesto que suponen el 2,2% de las defunciones, con 447 muertes (más de 1 muerte por día), una tasa cruda de 15,1 y una tasa estandarizada de 12,9 (tablas 1, 2, 3).

En lo que respecta a la mortalidad en función de los grupos de edad, el gráfico 29 muestra la clara diferencia entre ambos sexos. A partir del grupo de edad de 15-19 años se muestra un predominio de varones respecto de mujeres. Sin embargo, ambas tasas se mantienen elevadas pero con valores constantes desde el grupo de edad de 15-19 años hasta el de 65-69 años, y desde ese momento se elevan hasta el último grupo (gráfico 29).

GRÁFICO 29.

Mortalidad por causas externas. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



En cuanto a la relación varones-mujeres (razón de masculinidad), se observa el predominio masculino en todos los grupos de edad salvo en el de 10-14 años. El valor máximo de la razón se da en el grupo de 30-34 años, con un valor de 7,3 y en el de 40-44 años con 6,2.

De las diferentes causas que engloba este grupo de mortalidad, se pueden describir varios grupos principales en cuanto a las cifras de mortalidad que presentan. De las 12 causas, hay 4 que comprenden en torno al 80% de los fallecimientos; estas causas son los accidentes de tráfico, otros accidentes, suicidio y las caídas accidentales (tablas 12, 13 y 14).

TABLA 12.

Mortalidad por las diferentes causas que componen el gran grupo de las causas externas. CM, 2003. Ambos sexos.

CAUSA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Accidentes de tráfico de vehículos a motor	404	27,5	7,06	6,80	6,13	7,47
Otros accidentes	328	22,4	5,74	5,47	4,87	6,07
Suicidio y lesiones autoinfligidas	278	19,0	4,86	4,49	3,96	5,02
Caídas accidentales	180	12,3	3,15	2,72	2,32	3,12
Homicidios	85	5,8	1,49	1,35	1,06	1,64
Ahogamiento, sumersión y sofocación	78	5,3	1,36	1,25	0,97	1,53
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	36	2,5	0,63	0,54	0,36	0,72
Resto accidentes transporte	27	1,8	0,47	0,45	0,28	0,62
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	19	1,3	0,33	0,32	0,18	0,46
Eventos de intención no determinada	12	0,8	0,21	0,19	0,08	0,30
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	12	0,8	0,21	0,18	0,08	0,28
Otros envenenamientos accidentales	8	0,5	0,14	0,13	0,04	0,22
Total	1.467	100	25,65	23,88	22,64	25,12

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

TABLA 13.

Mortalidad por las diferentes causas que componen el gran grupo de las causas externas. CM, 2003. Varones.

CAUSA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Accidentes de tráfico de vehículos a motor	298	29,2	10,79	10,33	9,14	11,52
Otros accidentes	232	22,7	8,40	8,54	7,42	9,66
Suicidio y lesiones autoinfligidas	200	19,6	7,24	6,92	5,94	7,90
Caídas accidentales	83	8,1	3,01	3,49	2,73	4,25
Homicidios	68	6,7	2,46	2,15	1,63	2,67
Ahogamiento, sumersión y sofocación	53	5,2	1,92	1,98	1,44	2,52
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	32	3,1	1,16	1,00	0,65	1,35
Resto accidentes transporte	22	2,2	0,80	0,76	0,44	1,08
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	12	1,2	0,43	0,42	0,18	0,66
Eventos de intención no determinada	8	0,8	0,29	0,28	0,08	0,48
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	7	0,7	0,25	0,28	0,07	0,49
Otros envenenamientos accidentales	5	0,5	0,18	0,19	0,02	0,36
Total	1.020	100	36,94	36,35	34,08	38,62

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

TABLA 14.

Mortalidad por las diferentes causas que componen el gran grupo de las causas externas. CM, 2003. Mujeres.

CAUSA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Accidentes de tráfico de vehículos a motor	106	23,7	3,58	3,44	2,77	4,11
Caídas accidentales	97	21,7	3,28	2,20	1,75	2,65
Otros accidentes	96	21,5	3,25	2,82	2,23	3,41
Suicidio y lesiones autoinfligidas	78	17,4	2,64	2,46	1,90	3,02
Ahogamiento, sumersión y sofocación	25	5,6	0,85	0,60	0,35	0,85
Homicidios	17	3,8	0,57	0,56	0,29	0,83
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	7	1,6	0,24	0,21	0,05	0,37
Resto accidentes transporte	5	1,1	0,17	0,15	0,01	0,29
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	5	1,1	0,17	0,12	0,01	0,23
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso	4	0,9	0,14	0,11	0,01	0,21
Eventos de intención no determinada	4	0,9	0,14	0,10	0,00	0,20
Otros envenenamientos accidentales	3	0,7	0,10	0,09	0,00	0,19
Total	447	100	15,11	12,85	11,61	14,09

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

Un resumen de lo que representan los accidentes de tráfico, los suicidios y los homicidios respecto a todas las causas de muerte y de las causas externas se muestra en la tabla 15. Si sumamos el número de muertes violentas (homicidio y suicidio) en ambos sexos, hacen un total de 363, lo que supone casi una defunción por día y de ellas un 74% (tres de cada cuatro) se produjeron en varones.

TABLA 15.

Descripción de las principales causas de mortalidad por causas externas. CM, 2003.

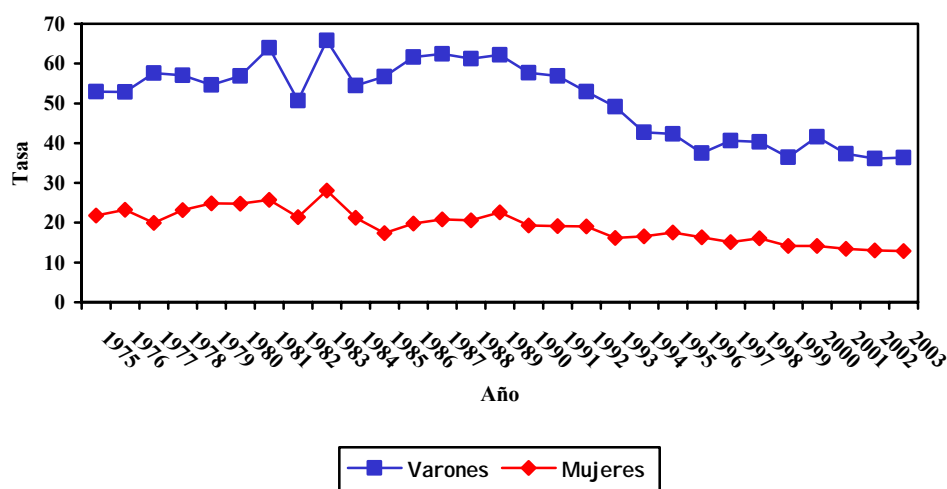
Sexo	TC	CE	ATF		Suicidio		Homicidio	
	NA	NA	NA	P de TC	NA	P de TC	NA	P de TC
Ambos	41.424	1.467	404	0,98	278	0,67	85	0,21
Varones	21.115	1.020	298	1,41	200	0,95	68	0,32
Mujeres	20.309	447	106	0,52	78	0,38	17	0,08

TC: todas las causas. CE: causas externas. ATF: accidentes de tráfico. NA: número absoluto. P: porcentaje.

En lo que se refiere a la evolución de la mortalidad por causas externas en la CM desde 1975, se observan las grandes diferencias de tasas entre varones y mujeres (gráfico 30). Además, se aprecia que ha habido una reducción de estas tasas desde finales de 80, principios de los años 90 (año 1989, tasa de 62,2 en varones y de 22,6 en mujeres), que ha sido más marcado en los varones, si bien desde aproximadamente 1996 se ha estabilizado la tendencia descendente en varones pero no en mujeres. En cualquier caso han disminuido las tasas de mortalidad por causas externas desde 1975 (tasa de 52,9 en varones y 21,8 en mujeres) hasta 2003 (tasa de 36,4 en varones y de 12,9 en mujeres), (gráfico 30).

GRÁFICO 30.

Evolución de la mortalidad por causas externas según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres



b) Accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico en el mundo son un gran problema pero de manera especial en los países menos desarrollados. En España los accidentes de tráfico continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población y especialmente en los grupos de edad más jóvenes. Este hecho se aprecia no sólo en las cifras de mortalidad sino también en las de morbilidad y específicamente en los años de vida perdidos, de la que es ampliamente responsable. Estas cifras son además especialmente relevantes en la población masculina. En 2001 en España se produjeron 5.509 muertes por esta causa (76,5% en varones): en varones supuso el 2,24% de todas las defunciones y el 0,76% en mujeres, así como el 38% de todas las causas externas en varones y el 30% en mujeres (9).

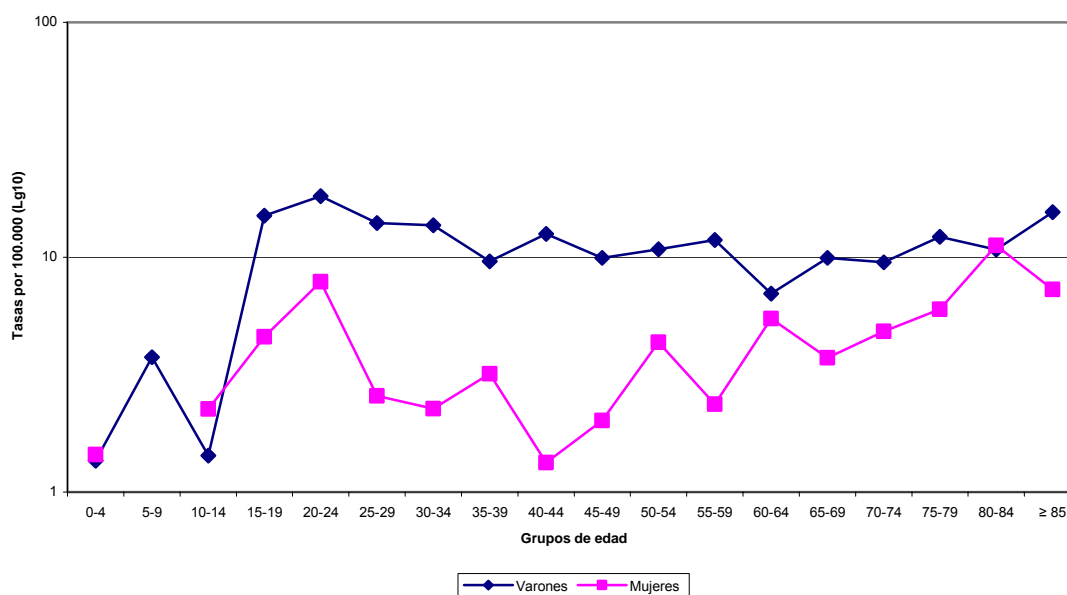
En el año 2003 en la CM fallecieron 404 personas, 298 varones (73,8%) y 106 mujeres (26,2%). Esta causa supone un 27,5% del total de muertes por causas externas, con una tasa cruda de 7,1 por 100.000 habitantes·año y una tasa estandarizada de 6,8 (IC 95% 6,1-7,5). En varones estas cifras son mayores, de manera que suponen un 29,2% de estas causas y una tasa cruda de 10,8, mientras que en mujeres ocurre lo contrario: suponen un 23,7% y presentan una tasa cruda de 3,6 muertes por 100.000 habitantes·año (tablas 12, 13 y 14)..

Si observamos el gráfico que representa las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico en función de los grupos de edad (gráfico 31), se aprecia el claro predominio de varones desde el

grupo de edad de 15-19 años, que tiende a disminuir según avanza la edad. La tasa estandarizada de los varones se mantiene constante desde el grupo de 15-19 años hasta el último grupo, mientras que en las mujeres además del pico inicial de los 20-24 años, las tasas van aumentando lentamente. El trazado del gráfico que se observa tan irregular se debe al bajo número absoluto de los numeradores (gráfico 31).

GRÁFICO 31.

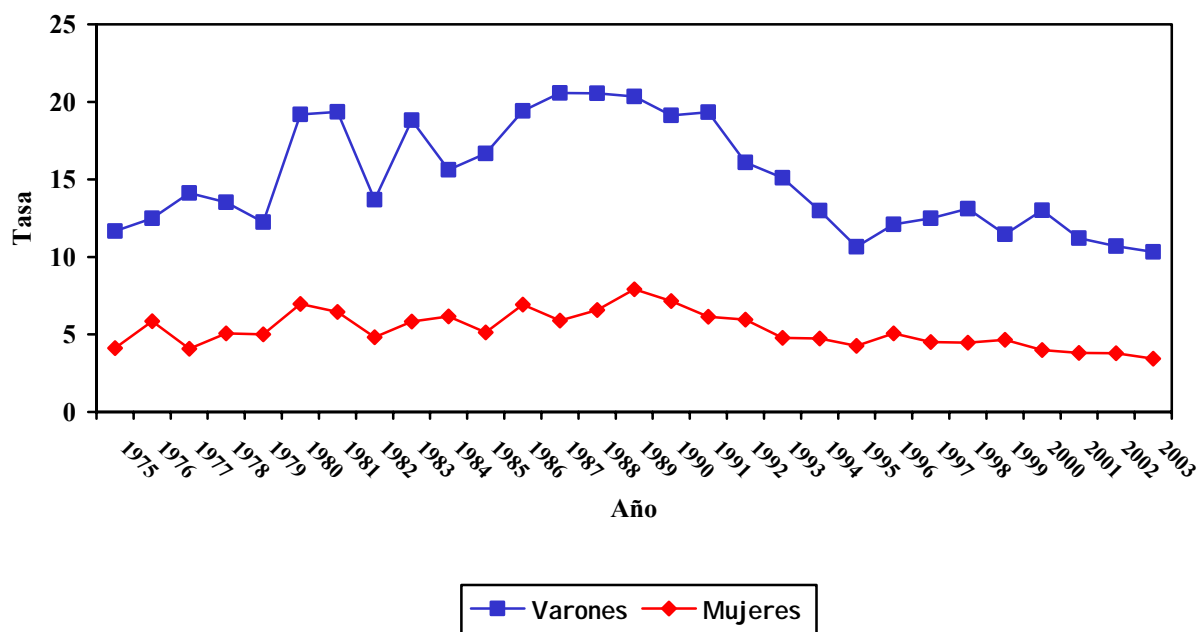
Mortalidad por accidentes de tráfico. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



En cuanto a la evolución en el tiempo de la mortalidad por accidentes de tráfico, en el gráfico 32 se muestra cómo desde 1975 hasta finales de los años 80 las tasas aumentaron desde alrededor de 11 fallecimientos por 100.000 habitantes·año en varones y de 4 en mujeres hasta alcanzar en varones tasas mayores de 20 y tasas alrededor de 7 en mujeres. Desde el año 1992 las tasas fueron decreciendo hasta llegar a tasas a partir de 2001 de alrededor de 10 en varones y 3 en mujeres, inferiores a las de 1975 (gráfico 32).

GRÁFICO 32.

Evolución de la mortalidad por accidentes de tráfico según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres

c) Suicidio

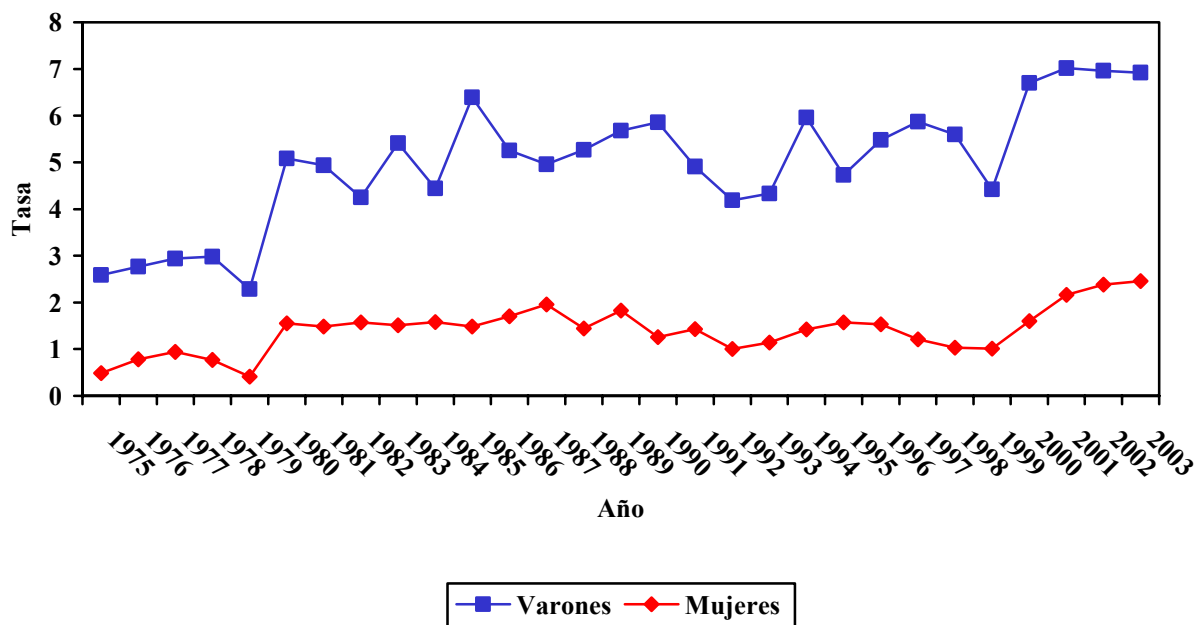
El suicidio es una causa de muerte progresivamente más importante en los países desarrollados. En España hubo 3.153 defunciones por esta causa con gran diferencia por sexos: el 76,1% en varones (1,28% de la mortalidad en varones) y el 23,9% en mujeres (0,44% de la mortalidad en mujeres) (9).

En la CM, en el año 2003 fallecieron por suicidio 278 personas, 200 varones (71,9%) y 78 mujeres (28,1%). Esta causa supone el 19,0% de la mortalidad por causas externas para ambos sexos, con una tasa cruda de 4,9 defunciones por 100.000 habitantes·año y tasa estandarizada de 4,5 (IC 95% 4,0-5,0). En varones estas cifras son superiores: tasa cruda de 7,2 y estandarizada de 6,9 (5,9-7,9), mientras que en mujeres las tasas son inferiores: tasa cruda de 2,6 y estandarizada de 2,5 (1,9-3,0) (tablas 12, 13 y 14).

Respecto a los cambios efectuados en las tasas desde 1975 hasta 2003, se muestran en el gráfico 33. Se aprecia claramente un aumento en las tasas de mortalidad tanto en varones como en mujeres. En los primeros las tasas en un principio estaban situadas en torno a 2,5-3,0 mientras que en los años 2001-2003 eran de alrededor de 7, es decir se han duplicado en estos 28 años. En mujeres también se ha producido el mismo efecto e incluso más llamativo puesto que a finales de los años 70 las tasas eran de 0,5-1,0 y principios de los años 2000 de 2,0-2,5, es decir, se han triplicado. El gráfico presenta una forma irregular debido al número reducido de casos (gráfico 33).

GRÁFICO 33.

Evolución de la mortalidad por suicidio según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres.

**d) Homicidio**

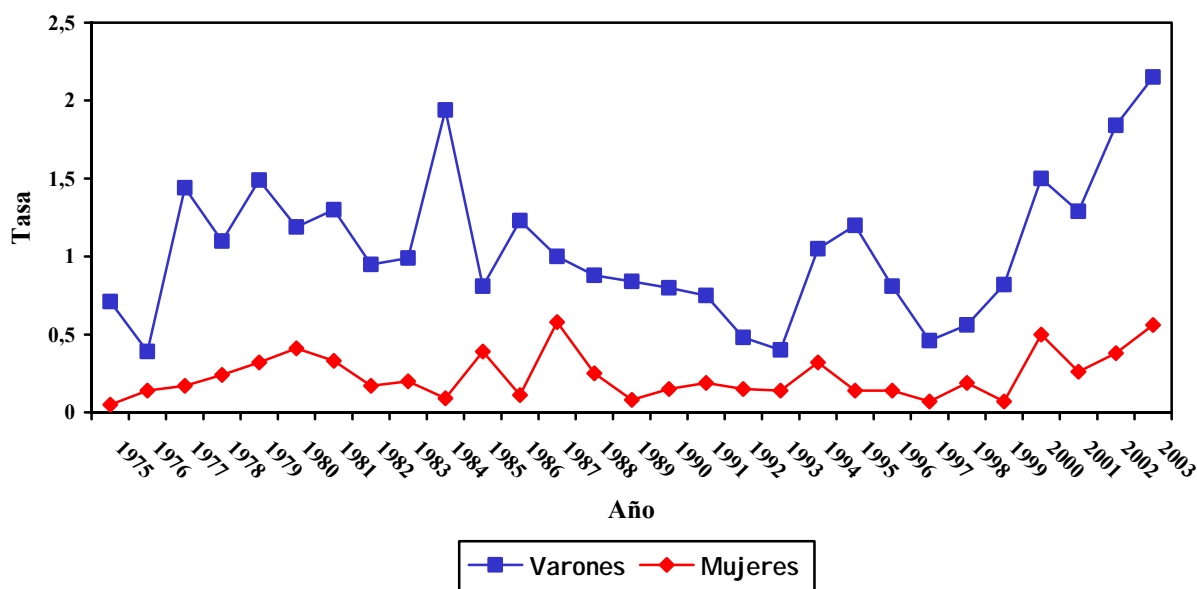
En España en 2001 las muertes por homicidios fueron 399, con una gran disparidad entre sexos: en varones fueron el 77% (el 0,16% del total de fallecimientos) y en mujeres el 23% (el 0,05% de toda la mortalidad) (9).

En la CM, año 2003, hubo 85 muertes por homicidio, 68 varones (80%) y 17 mujeres (20%). La tasa cruda fue de 1,5 muertes por 100.000 habitantes·año y la tasa estandarizada de 1,4 (1,1-1,6). En definitiva, los valores de mortalidad por homicidio en varones cuatuplican a los de mujeres, tanto en cifras absolutas como en las tasas crudas y estandarizadas (tablas 12, 13 y 14).

Si observamos la evolución temporal de las tasas de mortalidad por homicidio, ha habido un claro aumento desde 1975 hasta 2003, pero con grandes variaciones debido a los reducidos valores absolutos que originan unas tasas muy variables. Lo que sí es evidente es que desde el año 1996 hasta 2003 el aumento en las tasas fue constante y en ambos sexos por igual, aunque siempre con tasas mayores en varones que en mujeres hasta los valores máximos en 2003 (gráfico 34).

GRÁFICO 34.

Evolución de la mortalidad por homicidio según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres.



7- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado

Las enfermedades del aparato digestivo originaron en el mundo 1,97 millones de muertes (3,5% del total), con un 56% en varones (7). En España fueron responsables de más de 10.000 fallecimientos en varones y de más de 8.000 en mujeres. En los primeros ocupa el 5º lugar en causa de muerte y en las segundas es el 4º lugar y supusieron el 5,3% de la mortalidad en varones y el 4,9% en mujeres (9).

En la CM estas patologías suponen el cuarto lugar en mortalidad en el año 2003. Fue la causa de 2.296 fallecimientos, que fueron el 5,5% de las muertes, tasa cruda de 40,2 defunciones por 100.000 habitantes·año y tasa estandarizada de 36,0. En varones causaron 1.187 muertes, 5,6% del total y tasa cruda de 43,0 y estandarizada de 48,8. En mujeres las cifras fueron inferiores: 1.109 fallecimientos, el 5,5% del total, tasa cruda de 37,5 y estandarizada de 26,5 (tablas 1,2 y 3).

En cuanto a la cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas (OECH) en España (2001) fue el origen de 5.861 fallecimientos que presentaron una clara diferencia entre sexos: el 70,4% en varones (2,19% de todas las causas de muerte) y 29,6% en mujeres (1,02% de todas las muertes) (9).

En la CM estas patologías fueron la causa de muerte para 626 personas, 408 varones (65,2%) y 218 mujeres (34,8%). Esta patología supuso una cuarta parte (27,3%) de las defunciones por enfermedad del sistema digestivo; si bien en los varones este porcentaje fue mayor (34,4%) y en mujeres menor (19,7%), (tabla 16).

TABLA 16.

Descripción de la mortalidad por cirrosis. CM, 2003.

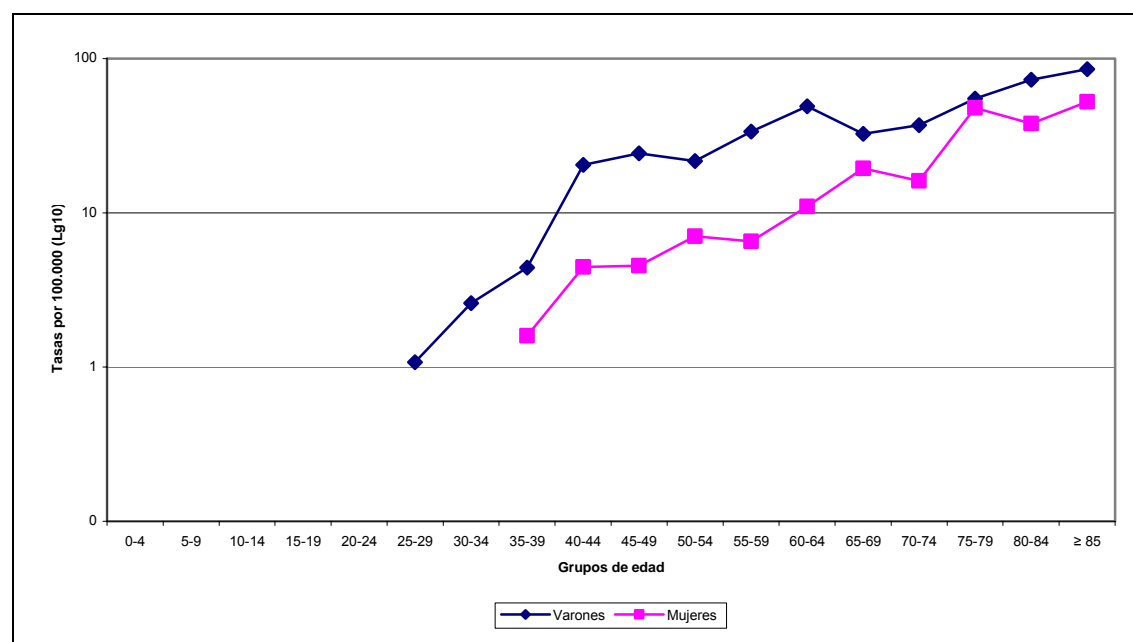
Sexo	TC	ESD		Cirrosis y OECH		
	NA	NA	P de TC	NA	P de ESD	P de TC
Ambos	41.424	2.296	5,54	626	27,26	1,51
Varones	21.115	1.187	5,62	408	34,37	1,93
Mujeres	20.309	1.109	5,46	218	19,66	1,07

TC: todas las causas. ESD: enfermedades del sistema digestivo. OECH: otras enfermedades crónicas hepáticas. NA: número absoluto. P: porcentaje.

En cuanto a la distribución de las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo, se encuentra un aumento ligero pero constante según avanza la edad. Las tasas son siempre mayores en varones que en mujeres, estando las mayores diferencias entre ambos entre los grupos de edad de 40-44 años y de 60-64 años (gráfico 35).

GRÁFICO 35.

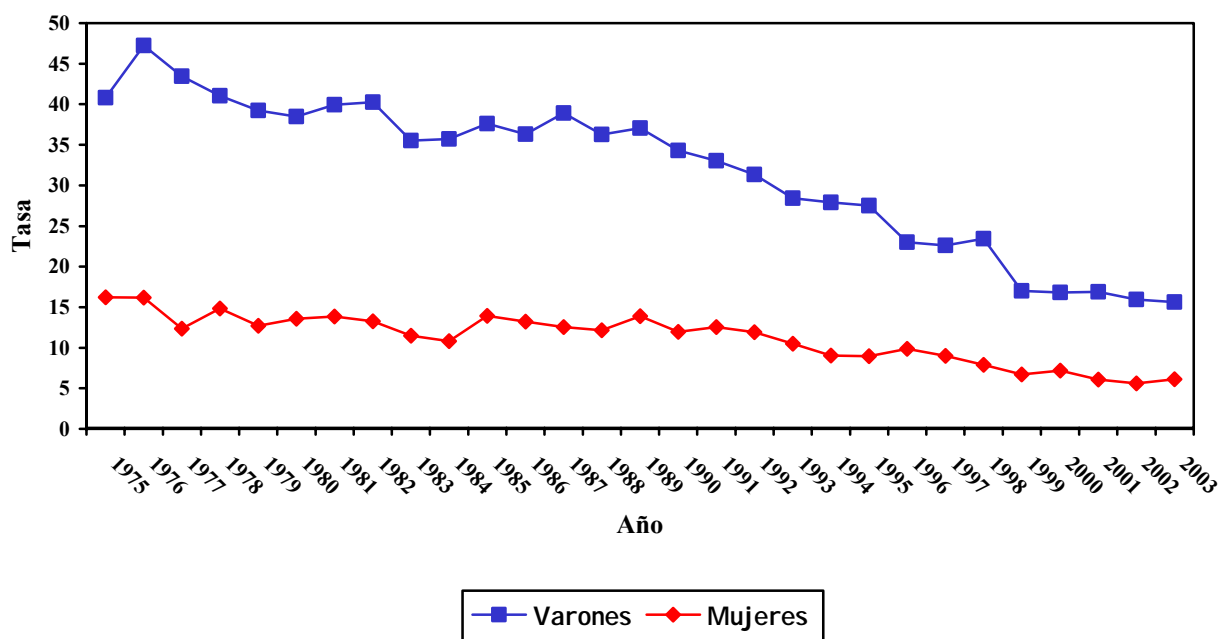
Mortalidad por cirrosis y OECH. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



La evolución de la mortalidad por cirrosis y OECH desde 1975 hasta 2003 se puede observar en el gráfico 36. Se aprecia una clara reducción de las tasas desde finales de los 70 hasta inicio de 2000, de manera que las tasas de varones pasaron de 47,2 en 1976 (el valor máximo) hasta 15,6 en 2003, es decir se ha reducido en dos terceras partes. En mujeres la reducción fue de una tasa de 16,2 en 1976 hasta 6,1 en 2003 (disminución en más de la mitad). Por tanto, el descenso ha sido muy llamativo tanto en varones como en mujeres en este periodo de tiempo, si bien en varones ha sido más pronunciado (gráfico 36).

GRÁFICO 36.

Evolución de la mortalidad por cirrosis y OECH según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres.



8- Demencias y Enfermedad de Alzheimer

En datos de 2001 las demencias en España motivaron 16.823 defunciones, de las que 5.327 se dieron en varones (31,7%) y 11.496 en mujeres (68,3%), que representaban el 2,83% y el 6,78% respectivamente del total de mortalidad. La enfermedad de Alzheimer por sí sola suponía el 38,1% de las demencias en varones y el 37,0% en mujeres (9).

En la CM las demencias produjeron la muerte a 1.797 personas en 2003, de las cuales 504 fueron varones (28,0%) y 1.293 mujeres (72,0%), no presentando diferencias respecto a las cifras de España. Dentro de estas demencias, la enfermedad de Alzheimer causó la muerte al 37,6% (675 personas); en varones fueron el 41,7% (210) y en mujeres el 36,0% (465), (tabla 17).

TABLA 17.

Descripción de la mortalidad por demencias y enfermedad de Alzheimer. CM, 2003.

Sexo	TC	Demencias		Enfermedad de Alzheimer	
	NA	NA	P de TC	NA	P de DEM
Ambos	41.424	1.797	4,34	675	37,6
Varones	21.115	504	2,39	210	41,7
Mujeres	20.309	1.293	6,37	465	36,0

TC: todas las causas. NA: número absoluto. P: porcentaje.

La tasa cruda de mortalidad por demencia fue de 31,4 muertes por 100.000 habitantes·año, que si lo separamos por sexo fueron muy diferentes: tasa cruda de 18,3 en varones y de 43,7 en mujeres. La tasa estandarizada por edad fue de 23,0 para varones y de 27,3 para mujeres. En cuanto a la Enfermedad de Alzheimer, la tasa cruda fue de 11,8 fallecimientos por 100.000 habitantes·año, con una tasa de 7,6 en varones y de 15,7 en mujeres, es decir la tasa cruda en mujeres es el doble de la de varones (tabla 18).

TABLA 18.

Descripción de la mortalidad por demencias y enfermedad de Alzheimer. Tasas crudas y estandarizadas. CM, 2003.

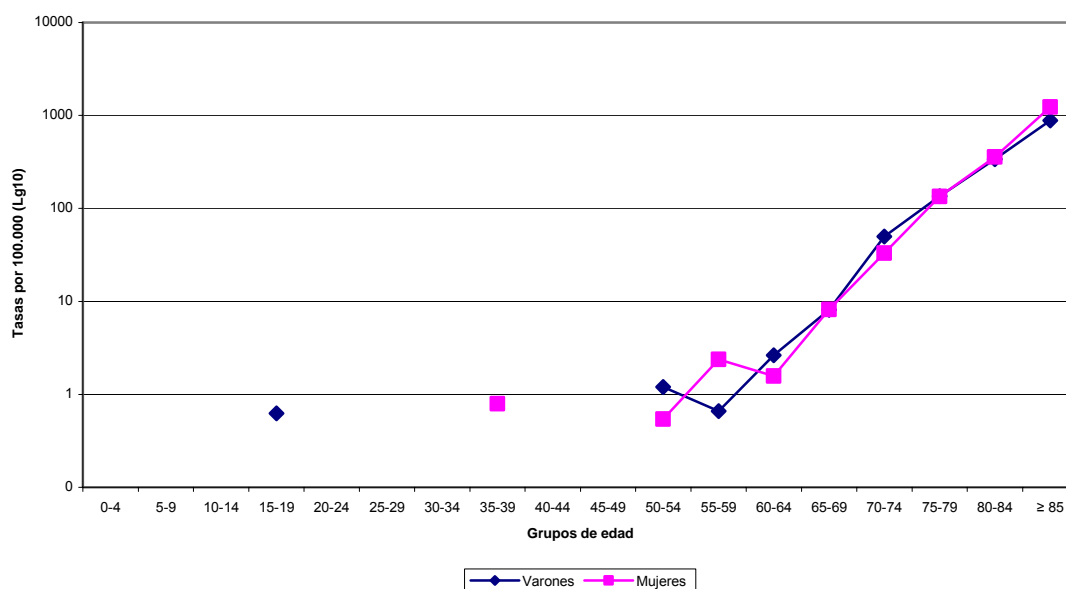
Sexo	Demencias				Enfermedad de Alzheimer			
	NA	TC	TE	IC de TE 95%	NA	TC	TE	IC de TE 95%
Ambos	1.797	31,42	26,19	24,98-27,40	675	11,80	10,00	9,24-10,76
Varones	504	18,25	22,99	20,97-25,01	210	7,61	9,41	8,13-10,69
Mujeres	1.293	43,71	27,32	25,82-28,82	465	15,72	10,23	9,28-11,18

NA: número absoluto. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. IC de TE 95%: IC al 95% de la tasa estandarizada.

En cuanto a las tasas de mortalidad por grupos de edad y sexo (gráfico 37), se observa el típico y esperable rápido incremento de las tasas desde el grupo de 60-64 años. Aunque las tasas totales de mujeres son superiores a las de varones, en este gráfico, sin embargo, las líneas van juntas y paralelas hasta el final sin que se aprecien grandes diferencias entre ambas (gráfico 37).

GRÁFICO 37.

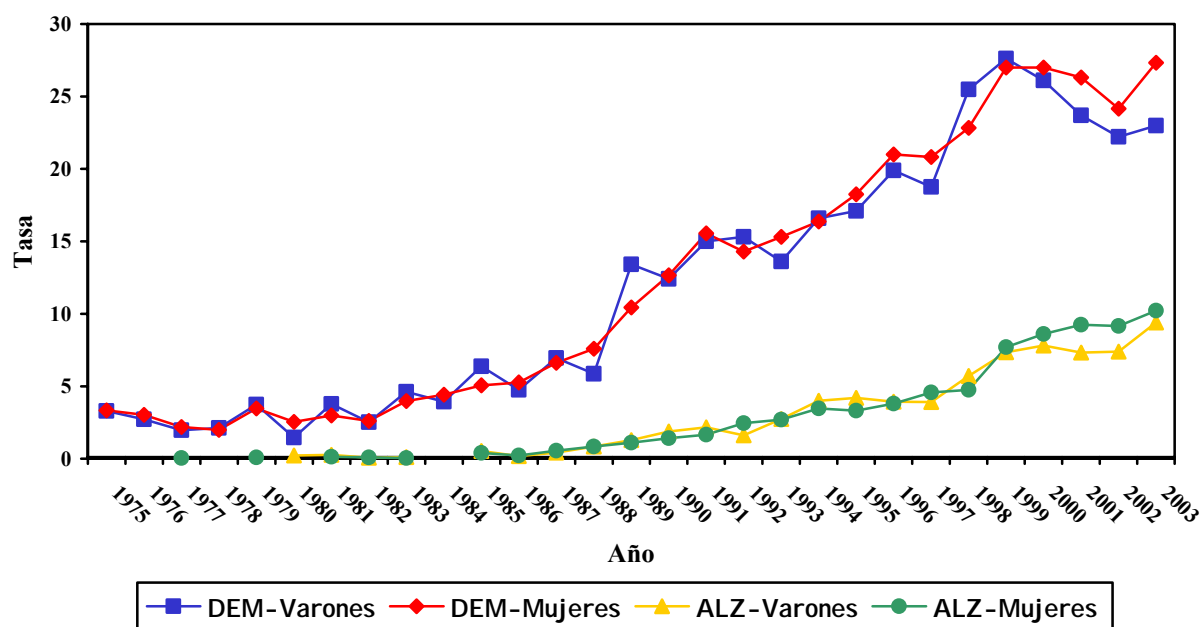
Mortalidad por demencia. Distribución por edad y sexo. CM, 2003.



En lo que respecta a la evolución en el tiempo de las tasas de mortalidad de las demencias y de la enfermedad de Alzheimer, se advierte un espectacular aumento de las mismas por ambas patologías (gráfico 38). A finales de los años 70 las demencias producían unas tasas de mortalidad cercanas a 3 fallecimientos por 100.000 habitantes·año, tanto en varones como en mujeres, sin embargo, a principios de los años 2000 esas tasas estaban alrededor de 22 ó 23 en varones y de 25 ó 26 en mujeres; es decir, las tasas se habían multiplicado por 8. En la enfermedad de Alzheimer ocurrió algo parecido puesto que si a finales de los años 70 las tasas rondaban 0,1 fallecidos por 100.000 habitantes·año, a principios de los años 2000, eran de alrededor de 7 en varones y de 9 en mujeres, lo que implica que se habían multiplicado 70 ó 90 veces. Aproximadamente a partir del año 1999 se ha observado una ruptura de la tendencia ascendente para todas las demencias, tanto en varones como en mujeres, si bien la enfermedad de Alzheimer continúa su ascenso. Estas variaciones se pueden observar en el gráfico 38.

GRÁFICO 38.

Evolución de la mortalidad por demencia y enfermedad de Alzheimer según sexo. CM. Periodo 1975-2003. Tasas por 100.000 habitantes·año estandarizadas por edad. Varones y mujeres. DEM: demencia. ALZ: enfermedad de Alzheimer.



9- Mortalidad por áreas sanitarias (población total)

En el anexo se incluyen las tasas estandarizadas por edad por áreas sanitarias para las principales causas, así como el índice de mortalidad comparativo para su comparación con la CM. La mortalidad entre áreas es bastante homogénea, observándose sobremortalidad por todas las causas en mujeres (A3 y A6), por cardiovasculares en mujeres (A6), y por enfermedades del aparato respiratorio en mujeres (A1y A3) y hombres (A11).

10.-Mortalidad por distritos sanitarios (viviendas familiares)

1- Todas las causas

a) Varones

Los distritos Sanitarios (DS) con IMC mayor que la media de la CM (TME de 864,1, IC 95% 859,8-868,4) fueron un total de 13 (38,2%). De ellos, un 8,8% presentaron un IMC mayor de 110 y fueron los siguientes: Centro, Vallecas y Tetuán. El DS de Centro presentó el IMC más elevado, con una TME de 1243,4 (IC 95% 1212,8-1274,0). Vallecas, con una TME de 995,5 (IC 95% 976,3-1014,7) ocupó el 2º lugar y Tetuán el tercero, con una TME de 961,2 (IC 95% 937,0-985,4). En el gráfico 39 se observa cómo estos dos DS son los que superan claramente al resto; además, en general, los DS del Sur son los que presentan mayores IMC de toda la CM.

Comparando los datos para los DS del municipio de Madrid respecto al resto, se aprecia una mayor proporción de DS con IMC > 100 en el municipio de Madrid frente al resto de la CM (56% y 19%).

b) Mujeres

El número de DS que superaron la media de la CM (471,4, IC 95% 468,9-473,9) fue de 24 (70,6%), sin embargo, tal y como se refleja en el histograma del gráfico 40, el número de DS que superaron el valor de 110 fue de sólo 2 (5,9%), que fueron Navacarneiro y Centro: el DS de Navacarneiro, con una TME de 606,2 (IC 95% 579,6-632,8) y el DS de Centro, con una TME de 586,1 (IC 95% 570,3-601,9).

Cuando comparamos los datos de los DS del municipio de Madrid frente al resto, se observa que con la excepción del DS de Centro, la mortalidad femenina en Madrid capital es menor que en el resto de la CM, llamando especialmente la atención el DS de Navacarneiro.

Por otro lado, tanto en los datos de varones como de mujeres, se aprecia un gradiente norte-sur de mortalidad, con mayores cifras de TME en estos últimos DS.

GRÁFICO 39. Mortalidad por distritos sanitarios. Todas las causas, varones, 1996-2003. IMC= Índice de mortalidad comparativo

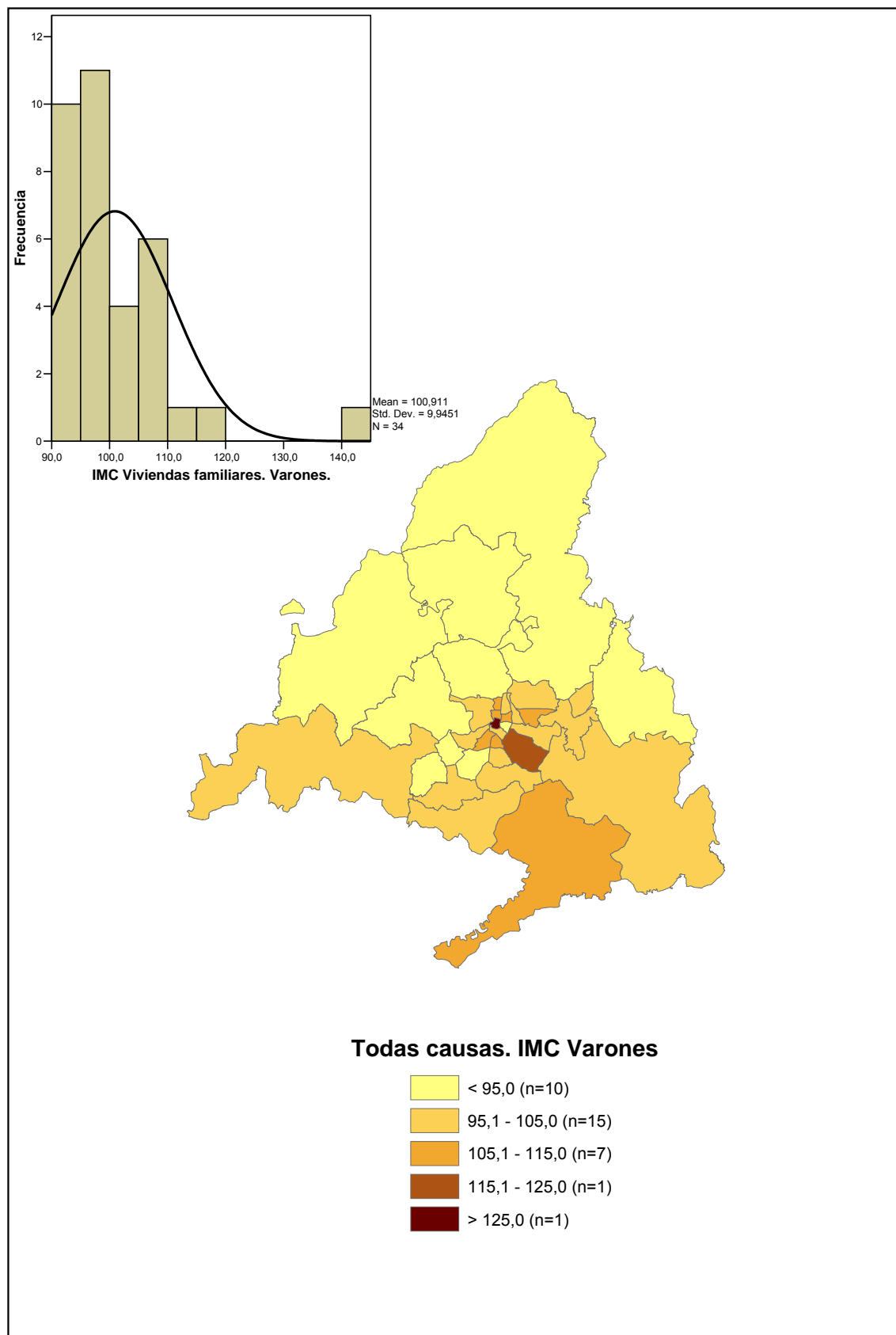
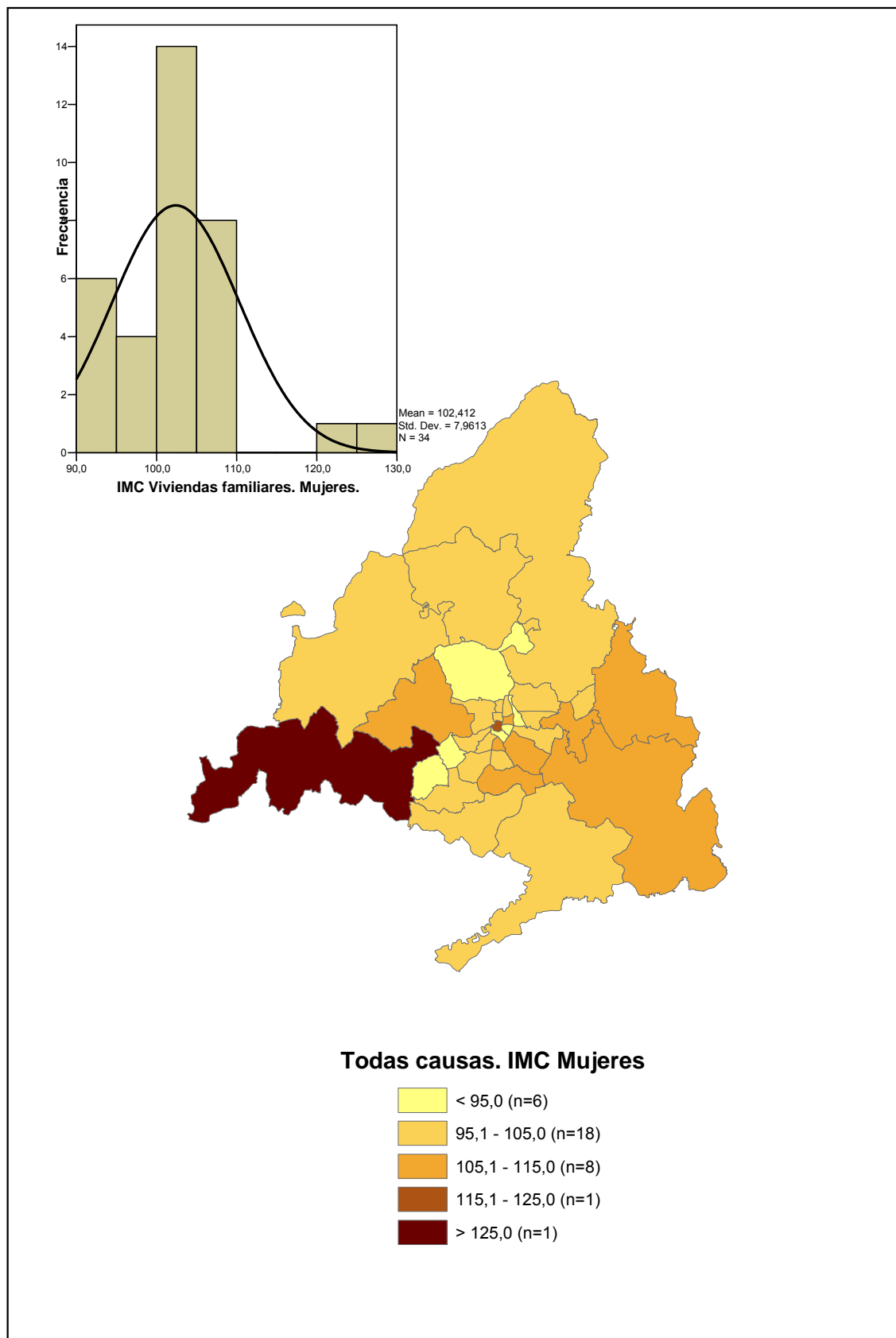


GRÁFICO 40. Mortalidad por distritos sanitarios. Todas las causas, mujeres, 1996-2003. IMC= Índice de mortalidad comparativo



2- Enfermedades cardiovasculares

a) Varones

La distribución de los DS con IMC más elevado fueron de mayor a menor IMC: DS de Centro, con TME de 327,9 (IC 95% 312,0-343,8), Navalcarnero, TME de 273,5 (IC 95% 250,8-296,2) y Salamanca, TME de 266,7 (IC 95% 254,3-279,1). La TME de la CM fue de 231,7 (IC 95% 229,4-234,0). Estos datos están representados en el gráfico 41. Si comparamos los datos del municipio de Madrid con los del resto de la CM, el porcentaje de DS que superan el IMC de 100 en el primero es del 56% frente al 19% de los segundos.

b) Mujeres

Hubo 19 DS (55,9%) que superaron la media de la CM (TM de 159,0, IC 95% 157,6-160,4), pero sólo hubo 4 DS que superaron el IMC de 110 (ver gráfico 42). Estos DS ordenados de mayor a menor IMC, fueron los siguientes: Navalcarnero, TME de 222,3 (IC 95% 206,2-238,4), Centro, TME 194,9 (IC 95% 186,9-202,9), Arganda, TME de 188,6 (IC 95% 174,6-202,6) y Majadahonda, TME 175,0 (IC 95% 164,6-185,4).

Si comparamos Madrid municipio con el resto de la CM, se observa que los DS del primero tienen unos IMC menores que los DS del segundo, pues superan el IMC de 100 el 44% y 69% de los DS respectivamente de Madrid capital y del resto de la CM. Estas diferencias que se observan en contra de los DS no metropolitanos (mayores TME) y con la excepción del DS de Centro, no se reflejan igual en los datos de los varones pues en éstos los resultados entre ambas áreas geográficas son opuestos.

GRÁFICO 41. Mortalidad por distritos sanitarios. Enfermedades cardiovasculares, varones, 1996-2003. IMC= Índice de mortalidad comparativo

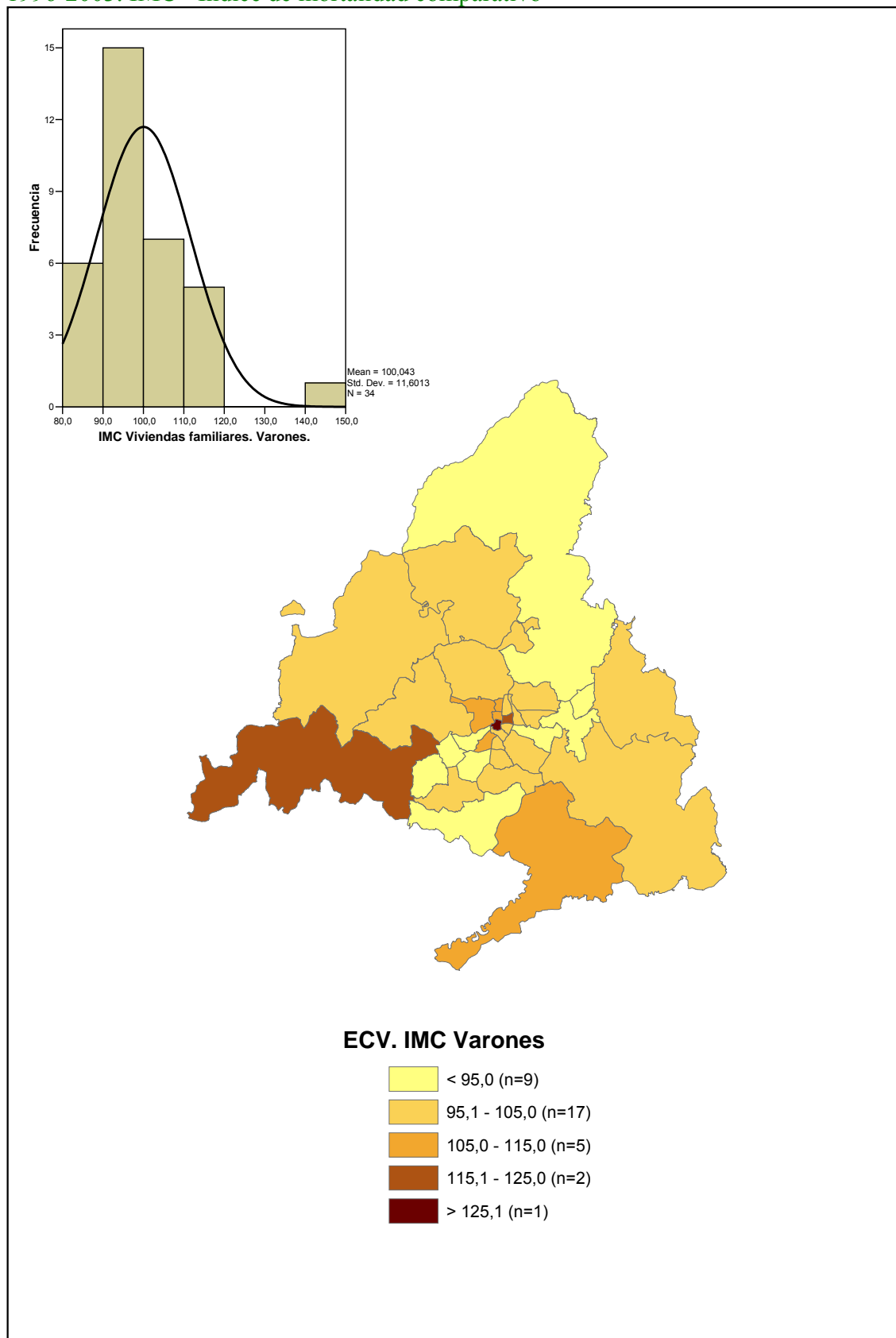
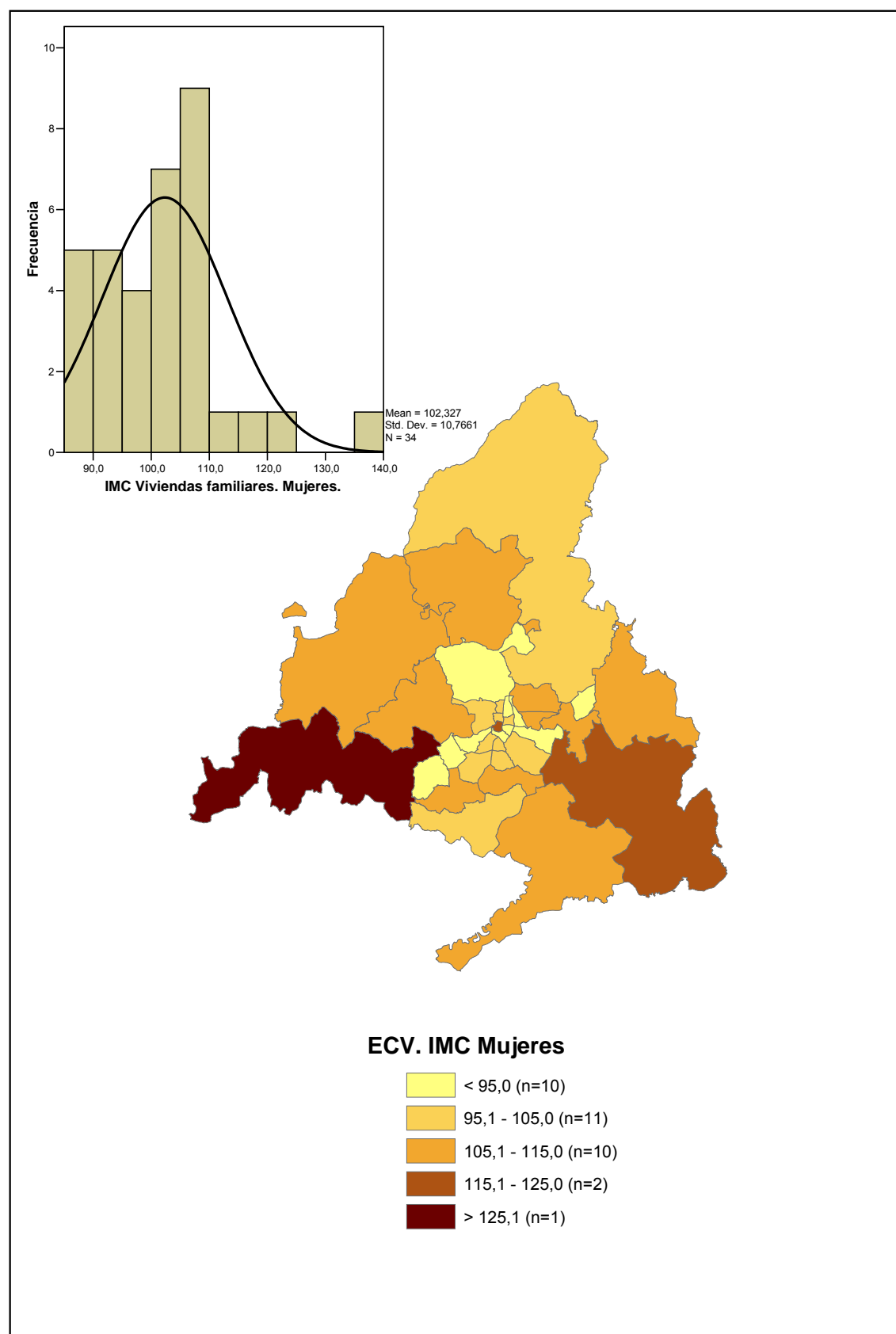


GRÁFICO 42. Mortalidad por distritos sanitarios. Enfermedades cardiovasculares, mujeres, 1996-2003. IMC= Índice de mortalidad comparativo



3- Tumores

a) Varones

Sólo hay 4 DS (11,8%) que superan el IMC de 110 de los 14 que superan la media de la CM (TME de 285,5, IC 95% 283,0-288,0) (ver gráfico 43). De estos 4 DS destaca el de Centro, con TME de 377,3 (IC 95% 359-394,8) y a continuación los DS de Tetuán, con TME de 328,8 (IC 95% 314,3-343,3), Vallecas, con TME de 328,3 (IC 95% 317,2-339,4) y el de Usera, con TME de 317,6 (IC 95% 301,6-333,6).

Cuando comparamos los datos de Madrid municipio y el resto de la CM, se observa que los DS del primero obtuvieron cifras de TME más altas que los del segundo: 61% de los DS superan 100 de IMC en el municipio y 19% en el resto de la CM.

b) Mujeres

Sólo 12 DS superaron la TME de la CM (125,1, IC 95% 123,7-126,5). De ellos sólo hubo 3 DS con IMC > 110 y fueron Centro, Salamanca y Moncloa (ver gráfico 44). El DS que más destacó fue el de Centro, con IMC de 126,9 y TME de 158,7 (IC 95% 149,4-168,0), el DS de Salamanca obtuvo una TME de 142,8 (IC 95% 135,2-150,4) y el de Moncloa una TME de 142,6 (IC 95% 133,3-151,9).

Si comparamos los datos del municipio de Madrid frente al resto de la CM, son los DS del primero quienes presentan cifras de TME más elevadas que el resto de la CM, fundamentalmente a través del DS de Centro: el 56% de los DS de Madrid capital superan el IMC de 100 frente al 13% del resto de la CM.

GRÁFICO 43. Mortalidad por distritos sanitarios. Tumores, varones, 1996-2003. IMC= Índice de mortalidad comparativo

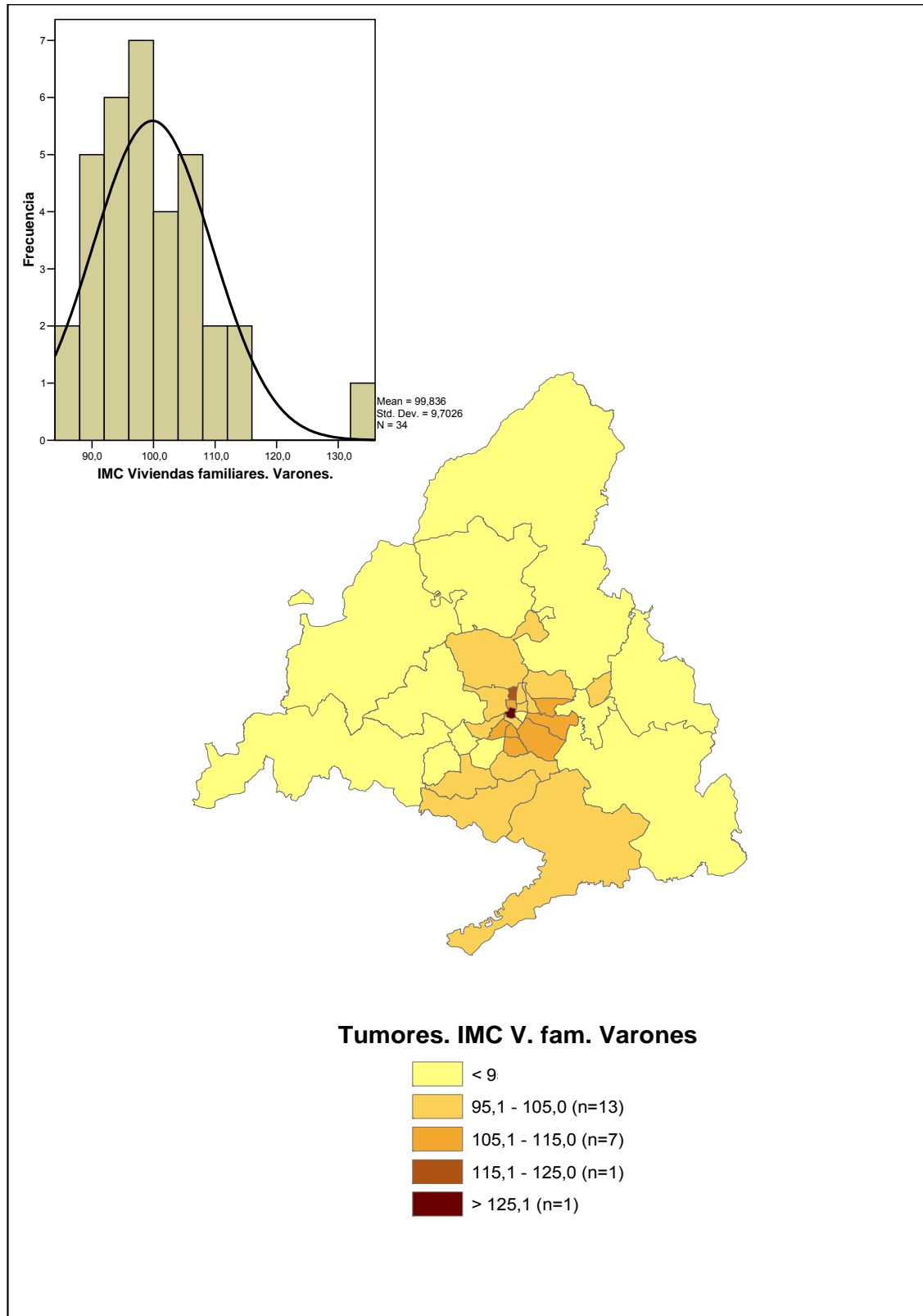
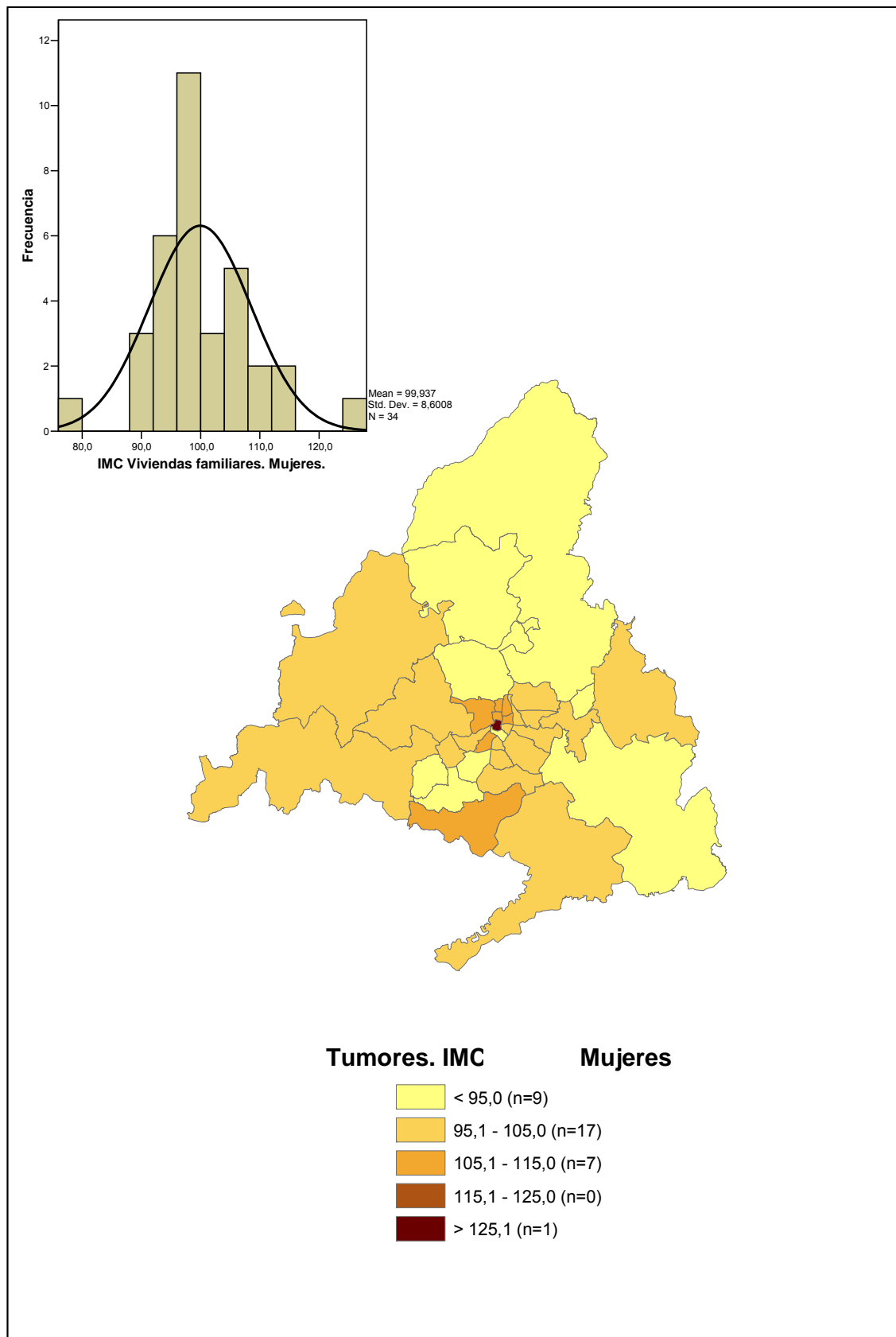


GRÁFICO 44. Mortalidad por distritos sanitarios. Tumores, mujeres, 1996-2003. IMC= Índice de mortalidad comparativo



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las tres primeras causas de muerte en la CM son las mismas que en España y en Europa: enfermedades del sistema circulatorio, tumores y enfermedades del sistema respiratorio, siendo las dos primeras las causas más frecuentes con gran diferencia sobre el resto. Por tanto, las enfermedades cardiovasculares suponen la principal causa de muerte tal y como ocurre en los países más desarrollados.

Sin embargo, la distribución por sexos es diferente: en varones la primera causa son los tumores y en mujeres las enfermedades del sistema circulatorio. Así ocurre en la CM y en España, pero no en Europa, donde en ambos sexos la primera causa son las enfermedades del sistema circulatorio. Esta diferencia en las primeras causas de mortalidad entre sexos se refleja también en el análisis más detallado de causas: en varones las patologías que ocupan las primeras causas de muerte son la cardiopatía isquémica, el cáncer broncopulmonar y las enfermedades cerebrovasculares, mientras que en mujeres son las enfermedades cerebrovasculares, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca. En mujeres, el primer tumor que aparece es el cáncer de mama ocupando el 7º lugar.

A pesar de la relevancia de las cifras de mortalidad por enfermedad cardiovascular, las tasas de mortalidad se han ido reduciendo paulatinamente desde 1975, tanto en varones como en mujeres, a menos de la mitad. En varones el mayor descenso se observó en la enfermedad cerebrovascular, si bien también las defunciones por cardiopatía isquémica se redujeron en este periodo de tiempo. Actualmente la mortalidad por enfermedad cerebrovascular se sitúa en tasas que suponen la mitad que las de cardiopatía isquémica. En mujeres hubo también un descenso mayor en la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, situándose en la actualidad en tasas semejantes a las de la cardiopatía isquémica. Así pues, las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular están en cifras muy parecidas en varones y mujeres, mientras que las de cardiopatía isquémica son mucho mayores en varones que en mujeres.

En resumen, se ha experimentado un descenso de la mortalidad por enfermedad cardiovascular que está más relacionado con la enfermedad cerebrovascular. Posiblemente el descenso se deba a medidas de intervención y control de los factores de riesgo en la población general y a la mejora de los procedimientos terapéuticos. Sin embargo, el descenso en los fallecimientos por cardiopatía isquémica no ha sido tan significativo como el de los debidos a enfermedad cerebrovascular, por lo que es necesario seguir manteniendo los programas de intervención para estas patologías, especialmente para la cardiopatía isquémica, que constituye actualmente la principal causa de muerte en ambos sexos, pero sobre todo en varones.

Los tumores malignos, al contrario de lo que ocurría con la mortalidad por enfermedad cardiovascular, presentan cifras muy estables desde 1975 e incluso con ligeros aumentos. Así, en varones, desde 1995 las tasas de mortalidad por tumores superan a las de enfermedad cardiovascular. En mujeres, aún se sitúa la mortalidad cardiovascular por encima de la mortalidad por tumores. En definitiva, los tumores malignos se sitúan en la segunda posición en defunciones tanto en población total como en mujeres, pero en varones es la principal causa de muerte por lo que se hace necesario intensificar las intervenciones en Salud Pública sobre estas patologías.

En cuanto a los tipos de tumores malignos, el cáncer broncopulmonar y el cáncer colorrectal en varones son muy superiores al resto, mientras que en mujeres son el de mama y el colorrectal los que claramente superan a los demás.

Es de resaltar la magnitud del impacto en mortalidad del cáncer bronco pulmonar en los varones con una tasa de mortalidad muy superior a la del resto de tumores en ambos sexos y supone el 27% de la mortalidad por tumores en varones, lo que nos da idea de la magnitud. En la evolución temporal en varones, el cáncer broncopulmonar después de una curva de ascenso muy pronunciada desde 1975, ha experimentado un descenso en los últimos años. Sin embargo, en las mujeres la situación es más preocupante pues se aprecia un aumento de sus tasas en los últimos años.

En resumen, el cáncer broncopulmonar en varones es una patología sobre la que se deben focalizar todos los esfuerzos en salud pública, pero además, se debe prestar atención al incremento de las tasas observado en mujeres pues seguramente tenga continuidad en el futuro. Este hecho es debido a que al estar causalmente ligado al consumo de tabaco está reflejando el aumento de consumo en la población femenina en los años ochenta. Es de prever por lo tanto un aumento en las tasas de mortalidad por esta patología.

El cáncer colorrectal se ha establecido como el segundo tumor maligno en importancia tanto en varones como en mujeres, aunque la tasa de mortalidad en varones duplica a la de mujeres. Además, otro dato que orienta sobre la importancia de este tumor es que la tendencia a lo largo de los años es de ligero aumento en ambos sexos, aunque en los últimos años se aprecia un pequeño descenso que ignoramos si se mantendrá en el futuro. Por todo ello se hace necesario seguir investigando en posibles factores causales, mantener e incrementar los programas de prevención primaria y valorar la evaluación de una intervención de diagnóstico precoz pensando en una tendencia de incremento en el futuro.

Sin embargo, en el cáncer de mama se puede ser moderadamente optimista, puesto que a pesar de que es el tumor con una tasa de mortalidad más alta en mujeres, la tendencia desde 1998 es de descenso. Dado que según los diferentes registros españoles, no hay información de que esté descendiendo su incidencia, probablemente sea debido a la extensión y efectividad de las pruebas de diagnóstico precoz de los programas de Salud Pública y a mejoras de los procedimientos terapéuticos.

Las enfermedades del aparato respiratorio constituyen la 3ª causa de muerte en ambos sexos, y de ellos son la EPOC y la neumonía las que representan las causas de muerte más frecuentes como patologías específicas. Estas patologías también presentan grandes diferencias entre varones y mujeres en sus tasas de mortalidad puesto que las de varones suponen el doble de las de mujeres.

En la evolución temporal apenas han cambiado sus tasas e incluso se ha observado un ligero aumento. Este hecho se ha debido sin duda, y especialmente en varones, al aumento espectacular acaecido en la mortalidad por EPOC. Este incremento se ha podido deber en gran medida a dos grandes factores: el progresivo envejecimiento de la población y la alta prevalencia del hábito tabáquico. Debido a estos hechos, es esperable que en un futuro la mortalidad por EPOC y por tanto por enfermedades respiratorias, siga en aumento, tanto en varones como en mujeres, pues aún se seguirán viendo los efectos a largo plazo del tabaco, y a ello se sumará el incremento en la esperanza de vida de la población de la CM. Además hay que tener en cuenta que el mayor incremento relativo puede ocurrir en la población femenina, ya que se ha incorporado más tarde al hábito tabáquico y su esperanza de vida es mayor que la de los varones.

Por tanto, ya sea por las tasas de mortalidad por cáncer (especialmente el cáncer broncopulmonar) y por enfermedades respiratorias (concretamente la EPOC), el hábito tabáquico se muestra responsable de una gran parte de la mortalidad actualmente. Asimismo, es previsible un incremento futuro como ya hemos comentado anteriormente, por tanto son imprescindibles una vez más, todo tipo de intervenciones de prevención primaria de estas enfermedades en la que el centro de actuación sea el hábito tabáquico.

En lo que se refiere a las causas externas de mortalidad, éstas han disminuido en los últimos 15 años de manera clara, si bien sigue siendo un problema importante en cuanto a posibilidades de actuación desde Salud Pública. Recordemos que la mayor parte de los accidentes suponen una mortalidad potencialmente evitable y que generan una elevada cantidad de años de vida perdidos.

En la CM los accidentes de tráfico han constituido la principal causa de muerte entre los 15 y los 35 años en varones y entre los 15 y los 24 años en mujeres, si bien en números absolutos de defunciones, la mortalidad en varones por accidentes de tráfico es 3,8 veces superior a la de mujeres. Es de destacar el descenso ocurrido en estos últimos 15 años en los accidentes de tráfico (hecho que ha marcado el descenso de las causas externas), aunque siguen siendo necesarios nuevos esfuerzos, ya que en el último periodo de tiempo (aproximadamente 8 años) se han mantenido estables las tasas de mortalidad.

Por otro lado se ha incrementado rápidamente en los últimos 5 años la tendencia ascendente de la mortalidad por homicidio y suicidio tanto en varones como en mujeres, aunque las tasas de mortalidad en varones son más del doble que en mujeres.

La mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas hepáticas se ha visto reducida en estos últimos 25 años de forma llamativa, hecho que refleja una mejora en la atención sanitaria y especialmente del seguimiento de patologías crónicas y de su prevención.

Las demencias siguen mostrando el espectacular aumento ya iniciado hace unos 15 años. Estas cifras han sido debidas inevitablemente al aumento de las enfermedades neurodegenerativas ligadas al envejecimiento de la población así como a una mejora en el diagnóstico y su declaración en el certificado de defunción. Por ello son previsibles en el futuro unas cifras aún mayores al ser la edad el principal factor de riesgo de estas patologías. Por otra parte, llama la atención que la mortalidad por demencia se ha comportado igual en varones que en mujeres, sin encontrarse diferencias en la razón de masculinidad de las tasas de mortalidad por esta patología.

En cuanto al análisis de la mortalidad por distritos sanitarios sigue siendo claramente el distrito Centro el que muestra la mayor mortalidad, tanto para el total de causas como en las enfermedades cardiovasculares y en los tumores. Otros distritos con alta mortalidad total son Navalcarnero (mujeres), y Tetuán y Vallecas (varones).

Como consecuencia de todos los resultados obtenidos y de lo anteriormente descrito, se pueden obtener unas conclusiones. Por un lado, es necesario continuar y reforzar la vigilancia de ciertas causas de muerte. Estas causas serían, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares y especialmente la cardiopatía isquémica, pues sigue manteniéndose en cifras elevadas. Además destaca la mortalidad por tumores, y especialmente el cáncer broncopulmonar en varones. En segundo lugar las causas con mayor incremento en los últimos años: muertes por violencia (homicidio y suicidio) y las demencias. Por último, las causas evitables que afectan a sectores jóvenes de la población: accidentes de tráfico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Becker RD. Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad. Programa de análisis de la situación de salud y sus tendencias. Organización Panamericana de la Salud. Oficina sanitaria panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. 1992.
- 2- New Non-Communicable Diseases Program at PAHO the Global and Regional Predominance of Non-Communicable Diseases. Epidemiological bulletin. PAHO. Boletín epidemiológico. OPS. Vol 16. No 4. Dec 1995. Disponible en: http://www.ops-oms.org/english/sha/epibul_95-98/be954new.htm.
- 3- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997 May 24;349(9064):1498-504.
- 4- Enfermedades no transmisibles (ENT): Actividades de la OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-unit-page.htm>.
- 5- The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. World Health Organization 2005. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>.
- 6- Ramirez R, Ordóñez JM. Vigilancia en salud pública: más allá de las enfermedades transmisibles. Gac Sanit, may.-jun. 2005, vol.19, no.3, p.181-183. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n3/editorial.pdf>.
- 7- The World Health Report 2005. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf
- 8- Petersen S, Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A. European cardiovascular disease statistics. 2005 edition.
- 9- Mortalidad por capítulo, causa y sexo. España y Comunidades autónomas. Centro nacional de Epidemiología. Año 2001. Disponible en: <http://193.146.50.130/htdocs/mortal/mortal2001/web01.htm>
- 10- Informe de la mortalidad general y por causas en la CM, 1997. Boletín epidemiológico de la CM. Julio-Agosto 2000, número 10, volumen 6.
- 11- Informe de la mortalidad por enfermedades no transmisibles en la CM, año 2000. Boletín epidemiológico de la CM. Enero 2004, número 1, volumen 10.
- 12- El cáncer en cifras. Estadísticas. Información del cáncer. Todocancer.org. Asociación española contra el cáncer. Disponible en: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Estadistica/>
- 13- Boyle P, d'Onofrio A, Maisonneuve P, et al. Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? Ann Oncol. 2003 Aug;14(8):1312-25

ANEXO I. Causas de mortalidad. Correspondencia entre CIE-9 y CIE-10

CAUSA	CIE-10	CIE-9
ENF.APARATO CIRCULATORIO	(I00-I99)	(390-426; 427.0-4,6-9; 428-
Isquemia Cardiaca	I20-I25	410-414; 429.2
Enf.Cerebrovascular	I60-I69	430-434; 436-438
TUMORES	(C00-C97; D00- D48)	(140-239; 273.1.3; 289.8)
Ca.Boca y Faringe	C00-C14	140-149
Ca.Esófago	C15	150
Ca.Estomago	C16	151
Ca.Intestino delgado	C17	152
Ca.Colon	C18	153
Ca.Recto	C19-C21	154
Ca.Hígado	C22	155
Ca.Vesícula biliar	C23-C24	156
Ca.Páncreas	C25	157
Ca.Laringe	C32	161
Ca.Pulmón	C33-C34	162
Ca.Huesos	C40-C41	170
Ca.tej.Conjuntivo	C49	171
Melanoma	C43	172
Ca.Piel, otros	C44	173
Ca.Mama	C50	174, 175
Ca.Útero	C53-C55	179-182
Ca.Ovario	C56 C57	183
Ca.Próstata	C61	185
Ca.Testículo	C62	186
Ca.Vejiga	C67	188
Ca.Riñón	C64-C66, C68	189
Ca.Encéfalo	C71	191
Ca.Tiroides	C73	193
Ca.Mal Definido	C76-C80, C97	195-199
Linfoma no Hodgkin	C82-C85, C96	200; 202
Hodgkin	C81	201
Mieloma	C90	203
Leucemias	C91-C95	204-208
Tum.Benignos	D10-D36	210-229
Ca.in situ y naturaleza incierta	D00-D09, D37-D48	230-239; 289.8; 273.1.
Otros tum. Malignos	resto grupo	resto grupo
ENF.APARATO RESPIRATORIO	(J00-J99)	(460-519; 786.0)
Enf.Pulm.Obstruct.Crónica (EPOC)	J40-J47	490-494; 496
ENF. APARATO DIGESTIVO	(K00-K92)	(520-579)
Cirrosis hepática	K70, K73-K74; K76.9	571
CAUSAS EXTERNAS	(V01-Y89)	(E800-E999)
Suicidio	X60-X84;	950-959
Homicidio	X85-Y09	960-969
Acc tráfico de motor	V02-V04 (.1.9)	810-819; 929.0
	V09 (.2.3)	
	V12-V14;V20-V28 (.3.4.5.9)	
	V19;V29;V39;V49;V59;V69;V79	
	V30-V38; V40-V48;V50-V58	
	V50-V58; V60-V68;V70-V78	
	V80 (.3.4.5)	
	V81;V82 (1)	
	V83;V84;V85;V86 (.0.1.2.3)	
	V87 (.0-8)	
	V89 (.2.9)	
	Y85 (.0)	
T. MENT. ORG .SENIL Y PRE.* Y E.ALZ.	F00-F09, G30	290.0.1.2.4.8.9, 331.0
TRAST. MENT. ORG .SENIL Y PRE.	F00-F09	290.0.1.2.4.8.9
ENFER. ALZHEIMER	G30	331.0

*INCLUYE DEMENCIA DE ALZHEIMER

ANEXO II**Principales causas de muerte en la CM, 2003****Ambos sexos**

PATOLOGÍA	NA	P	TC	TE
1 Cardiopatía isquémica	3.904	9,42	68,26	60,53
2 Enfermedades cerebrovasculares	2.963	7,15	51,81	44,77
3 Otras enfermedades del sistema respiratorio	2.369	5,72	41,42	35,34
4 Insuficiencia cardiaca	2.206	5,33	38,57	32,39
5 Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2.178	5,26	38,08	36,32
6 Demencias	1.797	4,34	31,42	26,19
7 Otras enfermedades del corazón	1.638	3,95	28,64	25,13
8 Neumonía	1.492	3,60	26,09	22,13
9 Tumor maligno de colon y recto	1.490	3,60	26,05	23,88
0 E. crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.478	3,57	25,84	22,64

Varones

PATOLOGÍA	NA	P	TC	TE
1 Cardiopatía isquémica	2.140	10,13	77,51	89,49
2 Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	1.867	8,84	67,62	74,85
3 Enfermedades cerebrovasculares	1.186	5,62	42,95	50,92
4 E. crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.126	5,33	40,78	48,81
5 Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.087	5,15	39,37	47,73
6 Tumor maligno de colon y recto	807	3,82	29,23	33,32
7 Neumonía	786	3,72	28,47	35,11
8 Insuficiencia cardiaca	671	3,18	24,30	30,37
9 Otras enfermedades del corazón	646	3,06	23,40	27,52
0 Tumor maligno de próstata	585	2,77	21,19	25,62

Mujeres

PATOLOGÍA	NA	P	TC	TE
1 Enfermedades cerebrovasculares	1.777	8,75	60,08	40,04
2 Cardiopatía isquémica	1.764	8,69	59,64	39,92
3 Insuficiencia cardiaca	1.535	7,56	51,90	32,65
4 Demencias	1.293	6,37	43,71	27,32
5 Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.282	6,31	43,34	27,83
6 Otras enfermedades del corazón	992	4,88	33,54	22,85
7 Tumor maligno de mama	773	3,81	26,13	22,04
8 Neumonía	706	3,48	23,87	15,25
9 Tumor maligno de colon y recto	683	3,36	23,09	17,62
0 Otras enfermedades del aparato digestivo	484	2,38	16,36	11,23

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada.

Mortalidad por causas específicas de enfermedades del aparato respiratorio. CM, 2003.**Ambos sexos**

CAUSA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Otras enfermedades del a. respiratorio	2.369	40,1	41,42	35,34	33,91	36,77
Neumonía	1.492	25,3	26,09	22,13	21,00	23,26
EPOC	1.478	25,0	25,84	22,64	21,48	23,80
Insuficiencia respiratoria	493	8,3	8,62	7,31	6,66	7,96
Asma	62	1,0	1,08	0,96	0,72	1,20
Gripe	12	0,2	0,21	0,17	0,07	0,27
Total	5.906	100	103,27	88,54	86,28	90,80

Varones

CAUSA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
EPOC	1.126	34,8	40,78	48,81	45,94	51,68
Otras enfermedades del a. respiratorio	1.087	33,6	39,37	47,73	44,87	50,59
Neumonía	786	24,3	28,47	35,11	32,64	37,58
Insuficiencia respiratoria	215	6,7	7,79	9,50	8,22	10,78
Asma	12	0,4	0,43	0,53	0,23	0,83
Gripe	6	0,2	0,22	0,25	0,05	0,45
Total	3.232	100	117,06	141,92	137,03	146,81

Mujeres

CAUSA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)
Otras enfermedades del a. respiratorio	1.282	47,9	43,34	27,83	26,28	29,38
Neumonía	706	26,4	23,87	15,25	14,10	16,40
EPOC	352	13,2	11,90	7,83	7,00	8,66
Insuficiencia respiratoria	278	10,4	9,40	6,02	5,30	6,74
Asma	50	1,9	1,69	1,19	0,85	1,53
Gripe	6	0,2	0,20	0,14	0,02	0,26
Total	2.674	100	90,40	58,26	56,02	60,50

NA: número absoluto. P: Porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada.

ANEXO III**Mortalidad por todas las causas por Áreas Sanitarias y su comparación con la CM, año 2003.****Ambos sexos**

AREA	NA	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	5669	805,2	672,2	655,0	689,4	104
A02	3692	844,9	615,8	595,6	636,0	95
A03	1653	514,0	704,2	670,8	737,6	109
A04	4318	768,4	618,7	600,5	636,9	96
A05	4920	701,3	642,0	624,4	659,6	99
A06	3510	612,3	675,3	653,3	697,3	105
A07	5510	999,6	623,3	606,2	640,4	97
A08	2485	566,4	655,4	630,0	680,8	101
A09	1630	428,7	665,6	633,3	697,9	103
A10	1510	513,2	679,6	646,0	713,2	105
A11	6527	864,3	666,9	650,8	683,0	103
CM	41424	724,33	645,74	639,63	651,85	100

Varones

AREA	NA	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	2911	857,2	910,5	878,1	942,9	104
A02	1758	868,6	856,0	816,9	895,1	97
A03	909	567,9	915,4	855,9	974,9	104
A04	2259	844,8	852,7	818,0	887,4	97
A05	2501	739,2	867,6	834,6	900,6	99
A06	1678	601,8	862,5	822,1	902,9	98
A07	2637	1033,3	880,5	847,4	913,6	100
A08	1315	600,6	867,0	820,6	913,4	99
A09	941	492,1	887,4	828,2	946,6	101
A10	833	563,5	915,3	853,1	977,5	104
A11	3373	933,8	919,4	889,1	949,7	105
CM	21115	764,74	879,21	867,67	890,75	100

Mujeres

AREA	NA	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	2758	756,8	502,8	484,1	521,5	104
A02	1934	824,4	463,4	441,6	485,2	96
A03	744	460,7	533,7	496,0	571,4	110
A04	2059	699,2	461,2	441,3	481,1	95
A05	2419	666,0	485,9	466,4	505,4	100
A06	1832	622,3	536,8	512,0	561,6	111
A07	2873	970,5	459,0	440,7	477,3	95
A08	1170	532,4	495,5	467,0	524,0	102
A09	689	364,5	487,5	451,6	523,4	101
A10	677	462,4	503,9	466,6	541,2	104
A11	3154	800,6	493,3	475,8	510,8	102
A03	20309	686,61	483,66	476,97	490,35	100

NA: número absoluto. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. IMC: índice de mortalidad comparativo. CM: Comunidad de Madrid.

Mortalidad por enfermedades cardiovasculares por Áreas Sanitarias y su comparación con la CM, año 2003.

Ambos sexos						
AREA	NA	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	1.641	233,1	189,7	180,6	198,8	102
A02	1.126	257,7	175,1	164,6	185,6	94
A03	468	145,5	209,5	190,6	228,4	112
A04	1.317	234,4	185,5	175,5	195,5	99
A05	1.476	210,4	187,2	177,7	196,7	100
A06	1.117	194,9	212,7	200,2	225,2	114
A07	1.762	319,6	182,3	173,5	191,1	98
A08	689	157,0	184,3	170,5	198,1	99
A09	437	114,9	192,3	174,2	210,4	103
A10	390	132,5	183,0	164,8	201,2	98
A11	1.852	245,2	182,1	173,8	190,4	98
CM	12.275	214,6	186,5	183,2	189,8	100
Varones						
AREA	NA	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	705	207,6	222,2	205,7	238,7	99
A02	449	221,9	217,1	197,1	237,1	96
A03	241	150,6	261,0	227,5	294,5	116
A04	588	219,9	226,3	207,8	244,8	100
A05	636	188,0	226,7	209,2	244,2	101
A06	448	160,7	242,7	220,2	265,2	108
A07	692	271,1	226,9	210,0	243,8	101
A08	307	140,2	214,8	190,4	239,2	95
A09	207	108,3	219,8	188,2	251,4	98
A10	184	124,5	216,9	184,7	249,1	96
A11	815	225,6	225,9	210,4	241,4	100
CM	5.272	190,94	225,36	219,29	231,43	100
Mujeres						
AREA	NA	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	936	256,8	160,8	150,5	171,1	103
A02	677	288,6	145,4	133,9	156,9	93
A03	227	140,6	166,2	144,6	187,8	106
A04	729	247,5	153,8	142,7	164,9	98
A05	840	231,3	157,1	146,4	167,8	100
A06	669	227,2	185,5	171,1	199,9	119
A07	1.070	361,4	151,9	142,2	161,6	97
A08	382	173,8	156,6	140,6	172,6	100
A09	230	121,7	167,8	146,2	189,4	107
A10	206	140,7	156,2	134,8	177,6	100
A11	1.037	263,2	150,9	141,6	160,2	97
CM	7.003	236,76	156,36	152,7	160,1	100

NA: número absoluto. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. IMC: índice de mortalidad comparativo. CM: Comunidad de Madrid.

Mortalidad por tumores (malignos y benignos) por Áreas Sanitarias y su comparación con la CM, año 2003.

Ambos sexos							
AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	1.603	13,7	227,7	195,5	185,8	205,2	103
A02	1.035	8,9	236,8	193,5	181,4	205,6	102
A03	483	4,1	150,2	199,4	181,3	217,5	105
A04	1.263	10,8	224,8	182,3	172,1	192,5	96
A05	1.383	11,8	197,1	189,4	179,3	199,5	100
A06	939	8,0	163,8	189,6	177,3	201,9	100
A07	1.502	12,9	272,5	187,2	177,3	197,1	98
A08	710	6,1	161,8	188,8	174,7	202,9	99
A09	476	4,1	125,2	180,7	163,8	197,6	95
A10	465	4,0	158,0	202,9	184,1	221,7	107
A11	1.812	15,5	239,9	193,7	184,6	202,8	102
CM	11.671	100	204,1	190,2	186,7	193,7	100
Varones							
AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	1.012	14,3	298,0	307,0	287,9	326,1	106
A02	596	8,4	294,5	297,6	273,6	321,6	103
A03	292	4,1	182,4	273,7	241,3	306,1	95
A04	768	10,8	287,2	276,4	256,5	296,3	96
A05	865	12,2	255,6	294,0	274,4	313,6	102
A06	540	7,6	193,7	267,2	244,3	290,1	93
A07	849	12,0	332,7	285,8	266,5	305,1	99
A08	456	6,4	208,3	286,8	259,7	313,9	99
A09	331	4,7	173,1	294,7	260,5	328,9	102
A10	307	4,3	207,7	313,8	277,3	350,3	109
A11	1.070	15,1	296,2	285,7	268,4	303,0	99
CM	7.086	100	256,6	288,6	281,9	295,4	100
Mujeres							
AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	591	12,9	162,2	120,1	110,2	130,0	97
A02	439	9,6	187,1	128,4	115,7	141,1	104
A03	191	4,2	118,3	138,7	118,7	158,7	112
A04	495	10,8	168,1	121,2	110,2	132,2	98
A05	518	11,3	142,6	118,1	107,7	128,5	95
A06	399	8,7	135,5	132,5	119,1	145,9	107
A07	653	14,2	220,6	127,5	116,9	138,1	103
A08	254	5,5	115,6	117,3	102,5	132,1	95
A09	145	3,2	76,7	95,9	79,7	112,1	78
A10	158	3,4	107,9	118,0	99,3	136,7	95
A11	742	16,2	188,3	132,3	122,3	142,3	107
CM	4.585	100	155,0	123,7	120,0	127,4	100

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. IMC: índice de mortalidad comparativo. CM: Comunidad de Madrid.

Mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio por Áreas Sanitarias y su comparación con la CM, año 2003.

Ambos sexos

AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	890	15,1	126,4	101,2	94,6	107,8	114
A02	559	9,5	127,9	84,2	77,1	91,3	95
A03	236	4,0	73,4	106,5	92,9	120,1	120
A04	593	10,0	105,5	82,1	75,5	88,7	93
A05	639	10,8	91,1	80,3	74,1	86,5	91
A06	466	7,9	81,3	88,5	80,4	96,6	100
A07	799	13,5	144,9	80,9	75,1	86,7	91
A08	304	5,1	69,3	81,0	71,8	90,2	91
A09	232	3,9	61,0	105,7	92,0	119,4	119
A10	193	3,3	65,6	91,5	78,6	104,4	103
A11	995	16,8	131,8	96,2	90,2	102,2	109
CM	5.906	100	103,27	88,54	86,28	90,80	100

Varones

AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	483	14,9	142,2	159,2	144,9	173,5	112
A02	282	8,7	139,3	135,0	119,4	150,6	95
A03	137	4,2	85,6	161,7	134,4	189,0	114
A04	324	10,0	121,2	128,7	114,4	143,0	91
A05	356	11,0	105,2	130,0	116,5	143,5	92
A06	241	7,5	86,4	135,3	118,2	152,4	95
A07	421	13,0	165,0	135,5	122,6	148,4	95
A08	166	5,1	75,8	123,4	104,5	142,3	87
A09	137	4,2	71,6	159,9	132,2	187,6	113
A10	108	3,3	73,1	137,0	110,7	163,3	97
A11	577	17,9	159,7	160,5	147,4	173,6	113
CM	3.232	100	117,06	141,92	137,03	146,81	100

Mujeres

AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	407	15,2	111,7	68,0	61,4	74,6	117
A02	277	10,4	118,1	58,7	51,5	65,9	101
A03	99	3,7	61,3	69,1	55,5	82,7	119
A04	269	10,1	91,3	56,4	49,6	63,2	97
A05	283	10,6	77,9	52,3	46,1	58,5	90
A06	225	8,4	76,4	60,5	52,4	68,6	104
A07	378	14,1	127,7	52,9	47,1	58,7	91
A08	138	5,2	62,8	54,8	45,4	64,2	94
A09	95	3,6	50,3	69,7	55,7	83,7	120
A10	85	3,2	58,1	61,8	48,6	75,0	106
A11	418	15,6	106,1	59,1	53,4	64,8	101
CM	2.674	100	90,40	58,26	56,02	60,50	100

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. IMC: índice de mortalidad comparativo. CM: Comunidad de Madrid.

Mortalidad por causas externas por Áreas Sanitarias y su comparación con la CM, 2003.**Ambos sexos**

AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	218	14,9	31,0	28,4	24,6	32,2	119
A02	110	7,5	25,2	21,7	17,5	25,9	91
A03	80	5,5	24,9	25,9	20,0	31,8	108
A04	131	8,9	23,3	20,9	17,2	24,6	88
A05	172	11,7	24,5	22,9	19,4	26,4	96
A06	130	8,9	22,7	23,7	19,5	27,9	99
A07	171	11,7	31,0	25,6	21,5	29,7	107
A08	115	7,8	26,2	25,1	20,4	29,8	105
A09	70	4,8	18,4	18,3	13,8	22,8	77
A10	55	3,7	18,7	19,5	14,2	24,8	82
A11	215	14,7	28,5	26,0	22,4	29,6	109
CM	1.467	100	25,65	23,88	22,64	25,12	100

Varones

AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	138	13,5	40,6	39,8	33	46,6	109
A02	71	7,0	35,1	32,8	25,1	40,5	90
A03	57	5,6	35,6	36,3	26,3	46,3	100
A04	92	9,0	34,4	33,1	26,2	40	91
A05	117	11,5	34,6	35,4	28,9	41,9	97
A06	95	9,3	34,1	36,1	28,6	43,6	99
A07	116	11,4	45,5	41	33,3	48,7	113
A08	81	7,9	37	36,2	27,9	44,5	100
A09	60	5,9	31,4	31,4	22,7	40,1	86
A10	41	4,0	27,7	30,4	20,3	40,5	84
A11	152	14,9	42,1	39,7	33,3	46,1	109
CM	1.020	100	36,94	36,35	34,08	38,62	100

Mujeres

AREA	NA	P	TC	TE	TE (LI)	TE (LS)	IMC
A01	80	17,9	22,0	18,0	13,8	22,2	140
A02	39	8,7	16,6	12,4	8,2	16,6	96
A03	23	5,1	14,2	15,4	8,9	21,9	120
A04	39	8,7	13,2	10,6	7,1	14,1	82
A05	55	12,3	15,1	12,3	8,9	15,7	96
A06	35	7,8	11,9	11,7	7,6	15,8	91
A07	55	12,3	18,6	12,8	9,0	16,6	100
A08	34	7,6	15,5	14,3	9,3	19,3	111
A09	10	2,2	5,3	5,7	2,1	9,3	44
A10	14	3,1	9,6	9,9	4,6	15,2	77
A11	63	14,1	16,0	14,1	10,4	17,8	110
CM	447	100	15,11	12,85	11,61	14,09	100

NA: número absoluto. P: porcentaje. TC: tasa cruda. TE: tasa estandarizada. TE (LI): límite inferior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. TE (LS): límite superior del intervalo de confianza al 95% de la tasa estandarizada. IMC: índice de mortalidad comparativo. CM: Comunidad de Madrid.

ANEXO IV

MORTALIDAD POR DISTRITO SANITARIO* TASA ESTANDARIZADA POR EDAD E ÍNDICE DE MORTALIDAD COMPARATIVO. TODAS LAS CAUSAS, 1996-2003

	DISTRITO	VARONES		MUJERES	
		TES	IMC	TES	IMC
0101	Arganda	845,0	98	510,5	108
0102	Moratalaz	846,0	98	456,7	97
0103	Retiro	808,5	94	441,8	94
0104	Vallecas	995,5	115	498,5	106
0201	Coslada	843,7	98	509,7	108
0202	Salamanca	917,9	106	497,1	105
0203	Chamartín	845,5	98	453,5	96
	Alcalá de				
0301	Henares	812,7	94	508,0	108
	Torrejón de				
0302	Ardoz	845,9	98	477,4	101
	Ciudad				
0401	Lineal	837,3	97	441,4	94
0402	San Blas	909,0	105	481,2	102
0403	Hortaleza	883,6	102	483,2	103
0501	Alcobendas	782,1	91	472,2	100
	Colmenar				
0502	Viejo	807,1	93	468,9	99
0503	Tetuán	961,2	111	488,2	104
0504	Fuencarral	812,2	94	428,2	91
0601	Majadahonda	803,9	93	503,0	107
	Collado				
0602	Villalba	796,1	92	475,8	101
0603	Moncloa	856,1	99	490,9	104
0701	Centro	1243,4	144	586,1	124
0702	Chamberí	926,2	107	474,0	101
0703	Latina	827,7	96	450,5	96
0801	Móstoles	785,8	91	434,3	92
0802	Alcorcón	783,9	91	445,1	94
0803	Navalcarnero	862,2	100	606,2	129
0901	Leganés	809,2	94	474,3	101
0902	Fuenlabrada	886,6	103	472,7	100
1001	Parla	861,4	100	502,4	107
1002	Getafe	867,7	100	482,3	102
1101	Aranjuez	948,9	110	492,2	104
1102	Arganzuela	858,2	99	426,8	91
1103	Villaverde	905,1	105	489,7	104
1104	Carabanchel	923,6	107	487,3	103
1105	Usera	947,8	110	504,1	107
	CM	864,1	100	471,4	100

*SE EXCLUYEN LOS FALLECIDOS EN COLECTIVOS

**MORTALIDAD POR DISTRITO SANITARIO* TASA ESTANDARIZADA POR EDAD
E ÍNDICE DE MORTALIDAD COMPARATIVO
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, 1996-2003**

DISTRITO		VARONES		MUJERES	
		TES	IMC	TES	IMC
0101	Arganda	230,8	100	188,6	119
0102	Moratalaz	218,4	94	150,2	94
0103	Retiro	225,3	97	139,4	88
0104	Vallecas	237,8	103	166,6	105
0201	Coslada	194,8	84	171,5	108
0202	Salamanca	266,7	115	159,1	100
0203	Chamartín	240,3	104	143,0	90
	Alcalá de				
0301	Henares	221,6	96	172,0	108
	Torrejón de				
0302	Ardoz	204,0	88	147,7	93
0401	Ciudad Lineal	227,2	98	148,0	93
0402	San Blas	227,3	98	167,9	106
0403	Hortaleza	243,3	105	173,4	109
0501	Alcobendas	211,8	91	165,1	104
	Colmenar				
0502	Viejo	223,6	97	170,0	107
0503	Tetuán	258,5	112	155,9	98
0504	Fuencarral	220,3	95	144,2	91
0601	Majadahonda	220,6	95	175,0	110
	Collado				
0602	Villalba	222,4	96	172,8	109
0603	Moncloa	250,5	108	158,8	100
0701	Centro	327,9	142	194,9	123
0702	Chamberí	264,2	114	158,5	100
0703	Latina	213,3	92	147,7	93
0801	Móstoles	198,8	86	140,7	88
0802	Alcorcón	190,7	82	140,0	88
0803	Navalcarnero	273,5	118	222,3	140
0901	Leganés	202,8	88	159,0	100
0902	Fuenlabrada	232,4	100	170,5	107
1001	Parla	221,5	96	168,6	106
1002	Getafe	205,1	89	157,3	99
1101	Aranjuez	259,5	112	169,8	107
1102	Arganzuela	240,3	104	142,8	90
1103	Villaverde	226,7	98	163,5	103
1104	Carabanchel	249,8	108	162,2	102
1105	Usera	229,5	99	164,8	104
CM		231,7	100	159,0	100

*SE EXCLUYEN LOS FALLECIDOS EN COLECTIVOS

**MORTALIDAD POR DISTRITO SANITARIO* TASA ESTANDARIZADA POR EDAD
E ÍNDICE DE MORTALIDAD COMPARATIVO
TUMORES, 1996-2003**

DISTRITO	VARONES		MUJERES	
	TES	IMC	TES	IMC
0101 Arganda	259,3	91	118,9	95
0102 Moratalaz	300,6	105	123,4	99
0103 Retiro	265,6	93	130,9	105
0104 Vallecas	328,3	115	125,6	100
0201 Coslada	263,7	92	122,4	98
0202 Salamanca	299,8	105	142,8	114
0203 Chamartín	281,6	99	136,8	109
0301 Alcalá de Henares	254,1	89	125,1	100
0302 Torrejón de Ardoz	278,1	97	114,0	91
0401 Ciudad Lineal	276,5	97	121,0	97
0402 San Blas	309,1	108	124,4	99
0403 Hortaleza	284,0	99	123,2	98
0501 Alcobendas	250,0	88	118,1	94
0502 Colmenar Viejo	252,6	88	116,5	93
0503 Tetuán	328,8	115	137,0	110
0504 Fuencarral	273,0	96	117,9	94
0601 Majadahonda	255,3	89	121,2	97
0602 Collado Villalba	263,5	92	121,3	97
0603 Moncloa	291,8	102	142,6	114
0701 Centro	377,3	132	158,7	127
0702 Chamberí	304,6	107	135,0	108
0703 Latina	281,7	99	125,0	100
0801 Móstoles	269,2	94	114,5	92
0802 Alcorcón	270,7	95	123,0	98
0803 Navacarnero	241,7	85	130,7	104
0901 Leganés	258,8	91	112,4	90
0902 Fuenlabrada	280,5	98	98,7	79
1001 Parla	294,5	103	119,3	95
1002 Getafe	295,2	103	131,5	105
1101 Aranjuez	289,3	101	120,3	96
1102 Arganzuela	282,8	99	116,8	93
1103 Villaverde	307,6	108	121,7	97
1104 Carabanchel	303,9	106	134,0	107
1105 Usera	317,6	111	126,0	101
CM	285,5	100	125,1	100

*SE EXCLUYEN LOS FALLECIDOS EN COLECTIVOS



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

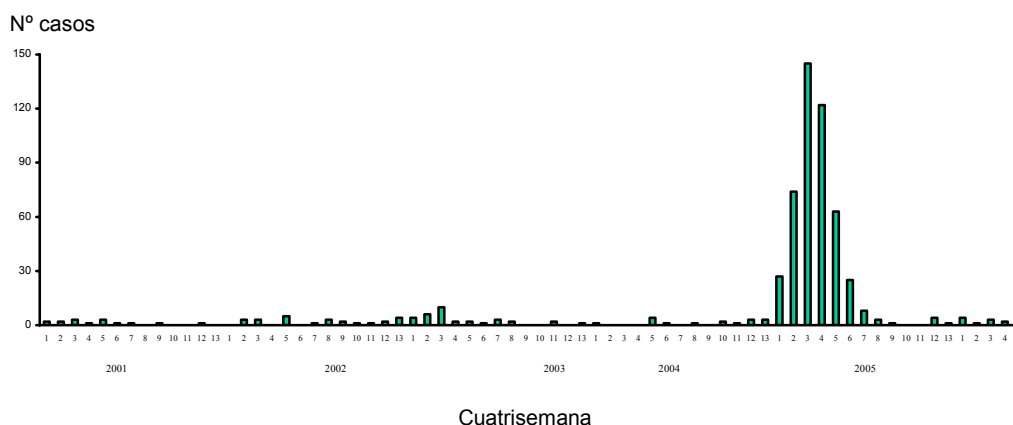
**Período analizado: Año 2006, semanas 14 a 17
(del 2 al 29 de abril de 2006)**

Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.

RUBÉOLA

Entre el 1 de enero y el 29 de abril de 2006 se han notificado 10 casos de rubéola en la Comunidad de Madrid, 6 hombres y 4 mujeres. El 60% (6 de 10) son menores de 10 años. Todos los casos son originarios de España, excepto una mujer de 19 años procedente de la Federación de Rusia. Entre los casos autóctonos, el grupo de edad con mayor número de casos es el de 16 meses a 4 años (3 niños y 1 niña). Se han producido dos casos en mujeres en edad fértil, que son los únicos que se han confirmado microbiológicamente: la mujer inmigrante, cuyo estado vacunal es desconocido, y una mujer autóctona de 35 años, con una dosis documentada de vacuna triple vírica. Los casos se han producido en áreas de salud distintas y ninguno estaba vinculado epidemiológicamente con otro. El 50% de los casos (5 de 10) estaban vacunados (4 con vacuna documentada, de los que uno probablemente es un caso vacunal) (tabla 1).

**Gráfico 1. Casos de rubéola por semana de notificación.
Comunidad de Madrid. Años 2001-2006 (datos hasta el 29 de abril de 2006)**



En el mismo período del año anterior se notificaron 369 casos (incidencia: 6,19), en el contexto de un brote de rubéola de ámbito poblacional. El informe del mismo está publicado en el *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, noviembre de 2005; Vol 1 (nº 11)*. El brote originó 460 casos entre el 1 de enero y el 31 de agosto, con una incidencia especialmente alta entre la última semana de febrero y la primera de abril. La incidencia más alta se observó en la población de 20 a 29 años de edad. El 56,2% de los casos detectados eran originarios de fuera de España, la mayoría de países latinoamericanos, de los que el 58,2% eran mujeres. Entre los casos autóctonos, sólo el 18,5% de los casos autóctonos fueron mujeres. Una situación similar pero de mucha menor magnitud se había observado en el año 2003. La incidencia acumulada hasta la semana 17 del año 2006 ha sido de 0,17 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la de los años previos en los que no se han producido brotes de ámbito poblacional (gráfico 1).

Tabla1 . Casos de rubéola por grupo de edad, sexo y lugar de procedencia. Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006. Semanas 1-17

	Edad	Extranjeros			Autóctonos			Total		
		Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
2006	0-15 m	0	0	0	1	0	1	1	0	1
	16 m-4 a	0	0	0	1	3	4	1	3	4
	5-9 a	0	0	0	0	1	1	0	1	1
	10-19 a	1	0	1	0	0	0	1	0	1
	20-29 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	30-39 a	0	0	0	1	1	2	1	1	2
	40-49 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	>49 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1	0	1	3	5	8	4	5	9
2005	0-15 m	0	0	0	4	7	11	4	7	11
	16 m-4 a	0	0	0	1	1	2	1	1	2
	5-9 a	3	0	3	0	0	0	3	0	3
	10-19 a	16	11	27	2	8	10	18	19	37
	20-29 a	62	52	114	10	91	101	72	143	215
	30-39 a	36	15	51	7	19	26	43	34	77
	40-49 a	8	2	10	4	5	9	12	7	19
	>49 a	2	0	2	0	0	0	2	0	2
	Total	127	80	207	28	131	159	155	211	366

Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2006, semanas 14 a 17 (del 2 al 29 de abril de 2006)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	0	6	0	2	0	2	1	5	0	4	2	8	1	4	0	3	1	4	1	4	0	3	6	45
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis bacterianas, otras	1	1	1	2	2	5	1	3	1	3	0	6	3	3	1	4	2	7	0	1	0	5	12	40
Meningitis víricas	4	11	5	14	6	16	5	10	0	3	5	33	2	4	3	22	5	19	0	3	6	18	41	153
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	1	5	0	7	0	3	1	1	0	0	0	6	2	29
Hepatitis B	0	1	0	3	0	3	1	1	2	4	1	5	1	6	1	4	0	1	0	1	2	17	8	46
Hepatitis víricas, otras	0	0	0	0	2	4	0	1	2	5	2	6	0	2	0	2	3	5	0	2	1	6	10	33
Enf transmisión alimentos																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	1	0	0	0	4	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	1	8
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Enf transmisión respiratoria																								
Gripe	168	2692	269	4995	98	2198	132	2857	394	6393	321	5195	710	6750	0	4643	77	2008	73	1066	356	5530	2598	44327
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2	6
Varicela	513	2359	288	1364	291	2135	468	1582	475	1920	728	2419	513	1814	0	708	269	1328	126	366	662	2434	4333	18429
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	0	0	0	5	0	0	0	2	1	8	3	7	6	10	0	0	0	1	0	1	2	8	12	42
Sífilis	0	0	1	7	0	0	2	8	4	7	1	3	3	12	0	1	5	10	0	2	4	22	20	72
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1	1	2	2	2	3	0	0	0	0	6	10
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enf prevenibles inmunización																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	3	5	3	9	6	25	3	13	45	65	15	42	6	12	9	26	6	13	1	5	3	19	100	234
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	4	0	10
Sarampión	2	7	0	8	1	6	0	5	3	5	1	16	1	4	2	4	0	8	5	17	20	28	35	108
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	1	0	0	2	6	0	1	0	2	0	2	0	0	0	2	0	1	0	0	1	1	4	17
Enf importadas																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	1	1	5	0	1	0	0	0	0	1	4	0	1	1	10	0	1	0	6	3	29
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis *																								
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificada sist especiales																								
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	5
Gráfico1.1 Poblaciones**	717.326		438.035		329.782		563.398		709.642		592.297		547.894		446.743		387.885		301.514		770.313		5.804.829	
Cobertura de Médicos	68,79 %		82,71 %		84,38 %		92,23 %		72,01 %		73,41 %		71,41 %		0		68,37 %		68,54 %		56,57 %		67,60 %	

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 14 a 17 (del 2 al 29 de abril de 2006)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Entre las semanas epidemiológicas 14 y 17 (2-29 abril) han ocurrido **12 brotes de origen alimentario**, la mitad de ellos tras el consumo de alimentos en restaurantes, bares y establecimientos de restauración similares. En otros dos brotes más, aunque el ámbito de consumo fue un domicilio particular, los alimentos que se suponen relacionados con el cuadro clínico fueron adquiridos ya elaborados en una cafetería y en un centro comercial, respectivamente. Los brotes ocurridos en centros escolares (2 brotes) destacan por el elevado número de afectados respecto al resto. Los 6 enfermos hospitalizados corresponden a brotes relacionados con establecimientos colectivos (5 ingresos en total) y a un brote escolar (1 ingreso).

Brotos de origen alimentario. Año 2006. Semanas 14-17

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	
1	Madrid (Retiro)	Mixto	3	3	Torrijas	Desconocido
1	Madrid (Vallecas)	Residencia PPM	102	13	Desconocido	Desconocido
2	Madrid (Chamartín)	Colegio	119	52	Pasta con tomate y chorizo	<i>S. enteritidis</i>
3	Torrejón de Ardoz	Restaurante	4	3	Desconocido	Desconocido
3	Alcalá de Henares	Colegio	35	10	Ensaladilla rusa	<i>S. enteritidis</i>
5	Tres Cantos	Restaurante	2	2	Desconocido	Desconocido
5	Madrid (Tetuán)	Restaurante	3	3	Tiramisú	<i>L. monocytogenes*</i>
6	Madrid (Moncloa)	Colegio Mayor	310	18	Nuggets de pollo	Desconocido
7	Madrid (Centro)	Bar	9	8	Tortilla patatas	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Chamberí)	Bar	7	7	Tortilla patatas con alioli	<i>S. enteritidis</i>
8	Villaviciosa de Odón	Restaurante	3	3	Merluza rebozada	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Mixto	5	5	Langostinos con mayonesa	<i>Salmonella sp</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Los **brotos de origen no alimentario** notificados en este periodo han sido 2. Uno de los brotes fue notificado por un médico del ayuntamiento de Torrejón tras confirmarse el hallazgo de *Salmonella* en heces de dos niños de 3 años de edad pertenecientes al mismo colegio. Aunque aún no se ha completado la investigación, los datos clínicos y epidemiológicos no parecen indicar que algún alimento contaminado haya sido el origen del problema. El otro brote de gastroenteritis aguda ha tenido lugar en una residencia de personas mayores de Coslada. A pesar de las recomendaciones e inspecciones previas por parte del Servicio de Salud Pública correspondiente, esta residencia ha presentado varios brotes similares en los últimos años.

Brotos de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 14-17

Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
2	GEA	Coslada	Residencia PPMM	250	77	<i>Virus*</i>
3	GEA	Torrejón de Ardoz	Colegio	100	3	<i>Salmonella sp</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos; GEA: Gastroenteritis aguda

Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 17 de 2006 se han notificado un total de 68 brotes, con 1638 casos asociados y 16 ingresos hospitalarios. El 44,1% de los brotes se ha relacionado con el consumo de alimentos, especialmente en establecimientos de restauración (46,7% de los brotes alimentarios) y en domicilios particulares (23,3%). El 100% de los brotes con confirmación por laboratorio del agente causal ha sido por *Salmonella* (6 brotes por *S. enteritidis*, 1 brote por *S. typhimurium* y otros 5 brotes por *Salmonella spp*), aunque otros agentes causales que se han sospechado en el resto de brotes han sido *C. perfringens*, *E. coli* enterotoxigénico y *L. monocytogenes*, este último con aislamiento de este microorganismo en un tiramisú elaborado con queso mascarpone.

Los brotes de gastroenteritis aguda no relacionados con alimentos suponen hasta ahora el 41,2% de todos los brotes notificados y el mayor porcentaje de casos asociados (73,8% del total). Estos brotes también han motivado 4 ingresos hospitalarios. Además de los tres alumnos de un colegio de Torrejón afectados por *Salmonella*, descrito más arriba, se ha confirmado la presencia de Norovirus en 10 brotes (6 residencias de personas mayores y 4 centros sanitarios) y Rotavirus en un brote (residencia de personas mayores). También se han notificado en este periodo 8 brotes de parotiditis (4 en centros educativos, 2 en grupos familiares, 1 en una residencia de deportistas y 1 de ámbito mixto familiar-sanitario), 1 brote de tos ferina (tres casos con edades de 1 mes, 17 y 19 años, todos ellos familiares convivientes) y 1 brote de hepatitis A de ámbito familiar.

Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.**Año 2006. Semanas 14-17 y datos acumulados hasta la semana 17**

Brotos de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 14-17	Acum.	Sem 14-17	Acum.
<i>Lugar de consumo</i>				
Bares, restaurantes y similares	6	14	26	155
Domicilio	2	7	8	25
Centros escolares	2	4	62	88
Residencias de Personas Mayores	1	1	13	13
Otras Residencias	1	2	18	66
Centros penitenciarios o de internamiento	0	1	0	41
Otros lugares	0	1	0	3
Total	12	30	127	391
Brotos de origen no alimentario	Sem 14-17	Acum.	Sem 14-17	Acum.
Gastroenteritis aguda	2	28	80	1209
Hepatitis A	0	1	0	3
Parotiditis	0	8	0	32
Tos ferina	0	1	0	3
Total	2	38	80	1247
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	14	68	207	1638



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2006, semanas 14 a 17
(Del 2 al 29 de abril de 2006)**

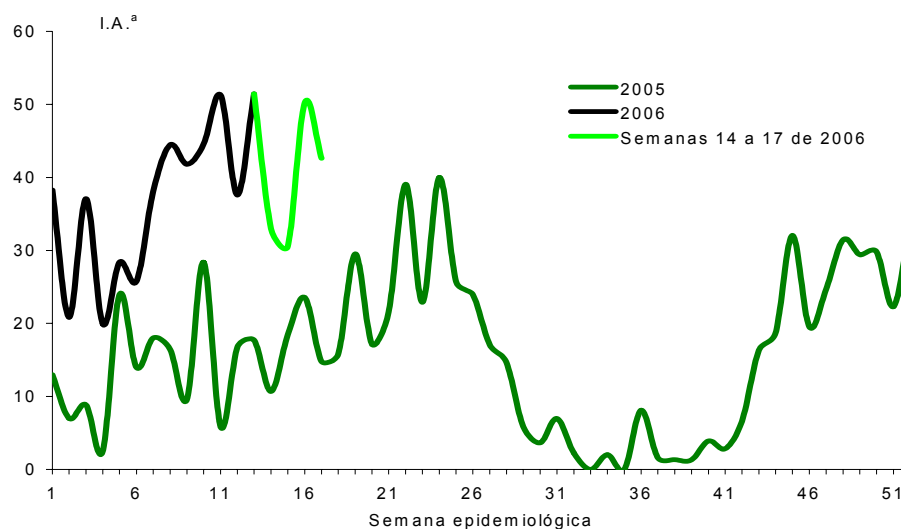
Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 31 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2004" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2005, Vol. 10, nº 8, disponible en http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/_boletin/pdf/agosto2005.pdf). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/noticias/pdf/GRIPE05.pdf>

La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas. La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 68,1 %, siendo la cobertura durante el año 2006 del 72,9 %.

VARICELA

Durante las semanas 14 a 17 del año 2006 han sido declarados 106 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 157,7 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 127,7 – 187,7). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y el año 2005.

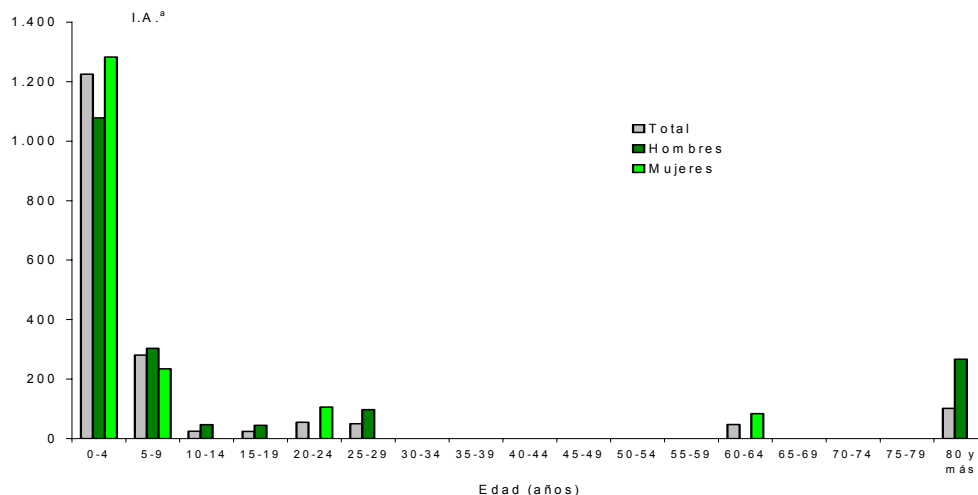
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

La mitad de los casos se dio en hombres, y la otra mitad en mujeres. El 93,3 % de los casos notificados (97) se dio en niños menores de 15 años, y el 98,1 % en menores de 30 años. Se notificaron un caso en una mujer de 64 años, y otro en un hombre de 84. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2006.



* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En el 65,1 % de los casos (69) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela y en 1 caso el contacto con un caso de herpes zóster; 17 casos (16,0 %) se dieron en el seno de un brote, y en el 17,9 % (19 casos) la fuente se desconocía; el lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 53,8 % de los casos; el hogar lo fue en 24 casos (22,6 %), y en 33 casos (21,7 %) el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

Como complicaciones se registraron en este período 7 infecciones bacterianas.

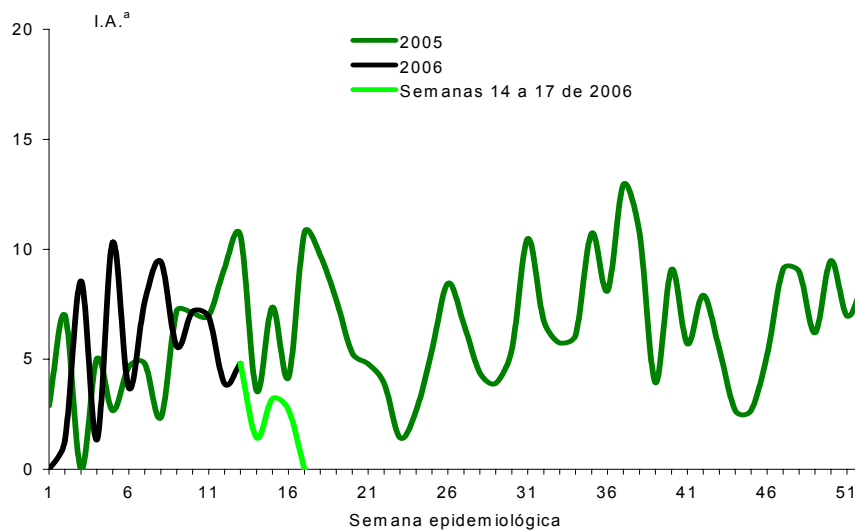
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 del año 2006.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	69	(65,1)
Caso de herpes zóster	1	(0,9)
Brote de varicela	17	(16,0)
Desconocido	19	(17,9)
Total	106	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	20	(18,9)
Colegio	37	(34,9)
Hogar	24	(22,6)
Trabajo	2	(1,9)
Desconocido	23	(21,7)
Total	106	(100)

HERPES ZÓSTER

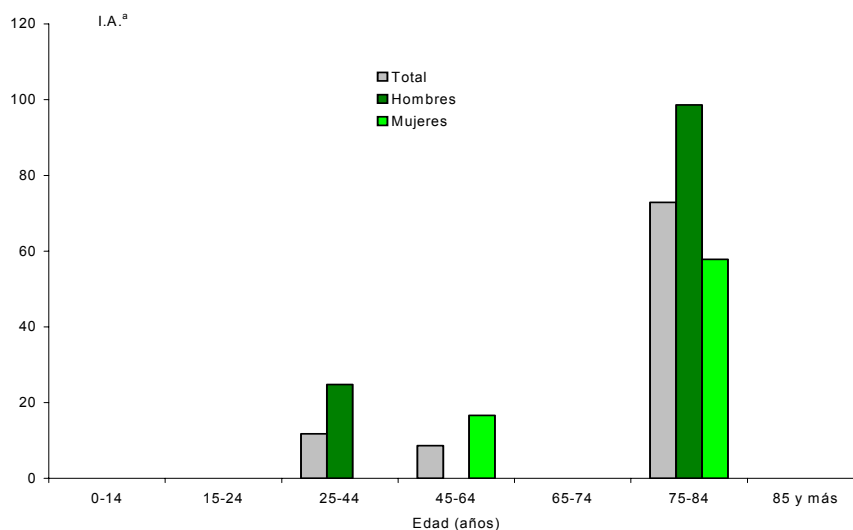
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 5 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 14 a 17, lo que representa una incidencia acumulada de 7,4 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 0,9 – 14,0). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. 2 de los casos (40,0 %) se notificaron en mujeres, y 3 (60,0 %) en hombres. Los casos se dieron en 3 hombres de 38, 40 y 78 años, y en 2 mujeres de 51 y 84 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2006.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

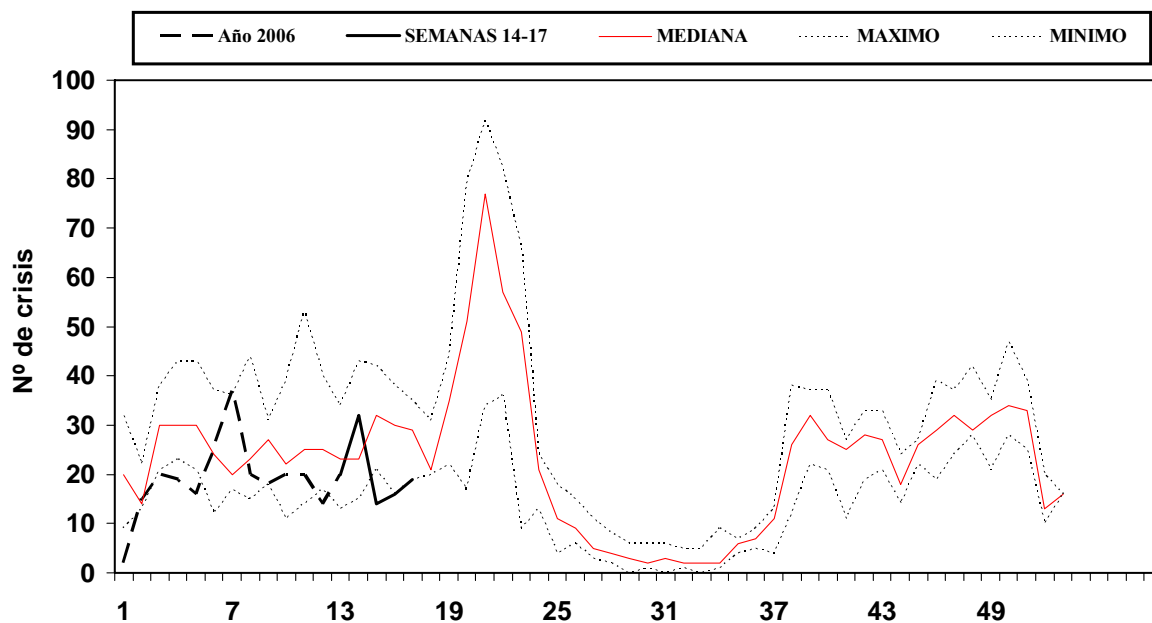


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 14 a 17 de 2006.

	Semanas 14 a 17	Año 2006
Gripe ^a	11	271
Varicela	106	435
Herpes zoster	5	57
Crisis asmáticas	81	326

^a Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006.

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

(una vez en esta dirección ir a:
Consejería de Sanidad y Consumo -> Publicaciones
-> Boletín Epidemiológico.)

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar desean recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."