

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

10.

## INFORME:

- **Instrucciones para la Cumplimentación de los Certificados de Defunción.**



**Comunidad de Madrid**  
CONSEJERÍA DE SANIDAD  
Dirección General de Salud Pública

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# 10

## Índice

### INFORME:



**Instrucciones para la Cumplimentación de los  
Certificados de Defunción..... 3**



- EDO. Semanas 40 a 43  
(del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2001) . . . . . 12



- Brotes Epidémicos. Semanas 40 a 43, 2001 . . . . . 15



- Red de Médicos Centinela. . . . . 16

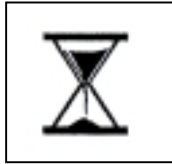


Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

Tirada: 4.000 ejemplares  
Edición: 11/01

Depósito legal: M-26.256-1989  
Imprime: **B.O.C.M.**

ISSN. 1135-3155



## **INFORME:** **INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN.**

Una de las mayores necesidades de la salud pública es conocer, lo mas aproximadamente posible las características de salud-enfermedad de la población. Esta información es extremadamente valiosa como instrumento para la planificación de las actuaciones en el ámbito de la salud en general y de la salud pública en particular.

Son muchas y muy variadas las fuentes de datos que pueden aportar información sobre el binomio salud-enfermedad de la población; pero entre ellas se sitúan de forma destacada las estadísticas de mortalidad.

El sistema de registro de mortalidad es una fuente de datos exhaustiva, representativa tanto a nivel nacional como internacional, y ha sido recopilada durante un largo periodo de tiempo. Este sistema de registro recoge todas las muertes ocurridas en una zona o país, con información sobre persona, tiempo, lugar y la causa de la defunción.

La solidez de este sistema hace posible:

- permite la realización de estadísticas de mortalidad
- permite la comparación entre otras comunidades y otros países
- facilita ver los cambios en los patrones de enfermar
- la existencia de series de enfermedades a lo largo del tiempo
- facilita el detalle geográfico con mayor o menor desagregación por zonas
- el estudio de enfermedades de baja prevalencia

Las estadísticas de mortalidad son la fuente de información mas completa y con mas tradición sobre la salud de la población. Es una fuente de información universal, es decir, la mayoría de los países tienen un registro de todas las personas fallecidas, y desde que se implantó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), las causas de muerte son codificadas de una forma homogénea, una vez inscritas. “Una clasificación estadística de enfermedades debe estar conformada por un número limitado de categorías mutuamente excluyentes, capaces de abarcar todo el rango de condiciones morbosas. Las categorías deben ser estructuradas de tal forma que permitan facilitar el estudio estadístico del fenómeno de la enfermedad1”

La calidad, fiabilidad y utilidad de las estadísticas de mortalidad dependen de la exactitud en la certificación, por parte del médico notificador, de la enfermedad o enfermedades que han producido el fallecimiento. Esto hace necesario que todos los médicos conozcan y apliquen las normas internacionales para una correcta certificación.

### ASPECTOS QUE HAY QUE TENER EN CUENTA

Entre las normas, que hay que observar en el momento de cumplimentar estos documentos, hay que tener siempre presente la relación cronológica entre la causa inmediata y la causa fundamental, *esta última entidad nosológica es la que, después de aplicar las reglas de selección de la CIE para la selección de la causa básica de defunción, debería ser seleccionada y es la que posteriormente se utiliza en las estadísticas de mortalidad.*

Otras normas importantes son:

1. una caligrafía legible,
2. detallar las enfermedades con el nombre completo (no utilizar siglas y abreviaturas)
3. utilizar entidades con suficiente significación médica para certificar el fallecimiento
4. escribir enfermedades en lugar de signos y síntomas en los certificados de defunción.  
El cumplimentar un certificado con signos y síntomas de enfermedades, únicamente contribuye al aumento de las causas mal definidas en las estadísticas.
- 5.- cumplimentar el médico el Boletín Estadístico de Defunción (BED)

### CAUSAS MÚLTIPLES DE ENFERMEDAD

El último siglo se ha caracterizado por un gran desarrollo, industrialización del país y una mejora de las condiciones higiénico sanitarias que han modificado sustancialmente la salud de la población.

Este cambio se ha traducido, no solo en una mejora de la calidad de vida si no en un aumento de la esperanza de vida, básicamente a expensas de una gran disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, que se han visto desplazadas como causa principal de muerte, y su espacio ha sido ocupado progresivamente por enfermedades crónicas, dando lugar a un cambio en el patrón de la enfermedad.

Este nuevo patrón se manifiesta en la aparición de enfermedades crónicas que antes no tenían ocasión de expresarse. Las enfermedades crónicas o de larga duración, no conducen necesariamente a la muerte y pueden coexistir varias patologías, durante largo tiempo, en una misma persona.

Debido a la complejidad progresiva que supone este hecho se hace evidente que la selección de una sola enfermedad como causa básica de muerte dificulta la comprensión de ciertas enfermedades y se abre camino la necesidad de disponer de toda la información existente en el certificado de defunción y proceder a su análisis para poder comprender mejor como se comportan las diferentes enfermedades que componen el panorama actual de la mortalidad.

En el Registro de Mortalidad de la Comunidad de Madrid desde 1991 se graban, codifican y explotan estadísticamente las llamadas “causas múltiples de mortalidad”; esto quiere decir que: todas las enfermedades certificadas en el Boletín Estadístico de Defunción (BED)

están disponibles para su estudio, tanto si han sido seleccionadas como causa básica de defunción como si son únicamente enfermedades acompañantes, coexistentes con esa causa, o antecedentes de interés que hayan sido certificados.

La explotación de toda esta información proporciona una idea mucho más completa de la patología prevalente en la población de la Comunidad de Madrid y es una información que no se pierde cuando se selecciona la causa básica para realizar las estadísticas rutinarias de mortalidad.

Toda esta información sobre causas de muerte, tanto de causa básica como de causas múltiples está disponible para todos los médicos, centros de salud, hospitales e investigadores; y también para cualquier persona que justifique que necesita esta información para su trabajo.

## CAUSAS DE DEFUNCIÓN

En 1967 la Asamblea Mundial de la Salud definió las causas de defunción a ser registradas en el certificado médico de causas de defunción como **“todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o contribuyeron a ella y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones”**<sup>1</sup>. “El propósito de esta definición era asegurar que se registrara toda la información pertinente y que el certificador no seleccionara algunas afecciones para registrarlas y rechazara otras.

La definición no incluye síntomas ni modos de morir, tales como el paro cardíaco o la insuficiencia respiratoria, cuando son el resultado final de un proceso de enfermedad”.

“En la CIE se especifica que la causa de muerte para la tabulación primaria se denominará **causa básica de la defunción**”

El objetivo más efectivo de los programas de salud pública es prevenir la causa que da origen a todos los demás trastornos o afecciones que conducen a la muerte. Con esa base se diseñó el Modelo Internacional de Certificado Médico de Causa de Defunción, en el que está basado el diseño del Boletín Estadístico de Defunción (B.E.D.).

Una vez cumplimentado éste se inicia la selección, entre la secuencia de enfermedades notificadas, en orden lógico de causa-efecto, de la enfermedad que ha desencadenado todo el proceso como causa básica de defunción.

La importancia de una buena certificación de las causas de muerte es que en esta certificación se basa todo el proceso que finaliza en la realización de las estadísticas de mortalidad y es a partir de estas estadísticas rutinarias de mortalidad como podemos conocer, de una manera aproximada, cuales son las patologías que con más frecuencia afectan a la población.

Estas estadísticas, para comparación a escala nacional e internacional, únicamente pueden ser elaboradas con las enfermedades que han resultado seleccionadas como causa básica de defunción.

Cuando en el certificado se menciona una sola causa de defunción, esta causa es la seleccionada para la tabulación. Cuando se menciona más de una causa, se debe hacer una selección de acuerdo con las reglas y normas de selección, elaboradas por la OMS, para escoger una única enfermedad como causa básica de defunción.

*Básicamente, estas reglas se han dispuesto para homogeneizar la selección, intentando minimizar las variaciones entre países, regiones, o personas, de forma que cualquier persona,*

<sup>1</sup>Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión; 1995, Vol. 2; 29.

debidamente entrenada, aún sin conocimientos sanitarios, e incluso una máquina debidamente programada, ante una misma secuencia de enfermedades seleccione la misma entidad patológica.

Desde el momento en que se produce el fallecimiento de una persona, se inician una serie de procesos que culminan con la publicación de las estadísticas de mortalidad.

Estas estadísticas sintetizan la información disponible de todos los fallecidos a lo largo de un año.

En este documento se recogerán los pasos más significativos de dicho proceso en un intento de que una mejor comprensión del mismo, y de sus dificultades, redunde en una mejora de la calidad de las estadísticas de defunción.

### CIRCUITO DE LOS DATOS

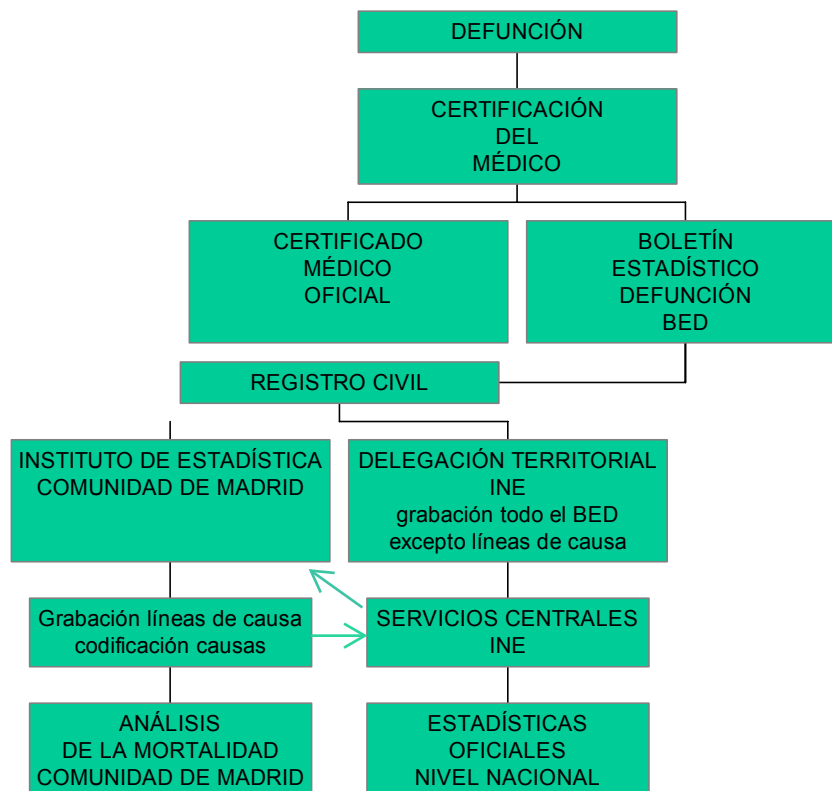
A la muerte de una persona el médico certifica el fallecimiento en el Certificado Médico de Defunción, documento con el que los familiares inician los trámites legales. Este certificado médico quedará archivado en el Registro Civil sin que nadie lo codifique ni tabule y solo será útil para las Estadísticas de defunción en tanto que la transcripción que se haga del mismo al Boletín Estadístico de Defunción sea exacta. (Ver Organigrama).

El Boletín Estadístico de Defunción (BED) es el documento con el que se trabaja, física y realmente, en todo el proceso posterior de generación de estadísticas. La información contenida en el boletín es la que, una vez codificada, grabada, depurada y tratada estadísticamente, es publicada como estadística demográfico-sanitaria.

La transcripción de la información que figura en el certificado médico hasta el boletín estadístico debe ser realizada por el médico; esto solo es factible si éste tiene en su poder, en el momento de la certificación del fallecimiento, el boletín. En caso contrario, lo habitual es que la información contenida en el Certificado Médico sea transcrita por el empleado de la funeraria.

Este paso tan sencillo que supone copiar la información de un documento a otro puede sufrir múltiples distorsiones por que:

#### CIRCUITO DE INFORMACIÓN DE MORTALIDAD



- El formato de estos documentos (Certificado Médico de Defunción y Boletín Estadístico de Defunción) no es el mismo
- Es importante reflejar la relación cronológica de los acontecimientos
- La información está escrita a mano y la letra puede ser ilegible
- Enfermedades que son habituales en la práctica médica diaria pueden ser desconocidas para la persona que efectúa la transcripción y pueden inducir a error
- El médico puede haber utilizado abreviaturas o siglas para describir la enfermedad
- Pueden figurar diagnósticos que no guarden una relación de causalidad adecuada

## CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y BOLETÍN ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

### Estructura del Certificado Médico de Defunción:

En el Certificado Médico de Defunción (CMD) existe un apartado en el que figura: murió a consecuencia de \_\_\_\_\_, seguida de dos líneas en las que indica: ( causa inmediata del fallecimiento) y a continuación (causa fundamental) con una pequeña descripción de que ha de entenderse en cada uno de los casos.

Dado que este modelo de certificado fue puesto en funcionamiento en 1958, la mayoría de los ejemplos que lo ilustran están basados en secuelas o complicaciones de enfermedades infecciosas ya no tan vigentes. En el reverso del certificado figuran en orden alfabético algunos términos que no deben ser empleados por su imprecisión.

### Estructura del Boletín Estadístico de Defunción:

El Boletín Estadístico de Defunción presenta una distribución diferente y una de sus dificultades, para la persona no habituada, es que debe leerse e interpretarse de abajo arriba, es decir en sentido inverso a lo que la lógica indicaría. Su estructura es la siguiente:

**I Causa inmediata** (enfermedad o condición que causó finalmente la muerte) \_\_\_\_\_

**II Causa antecedente**

**a) Intermedia** (enfermedad o condición, si hay alguna, que haya contribuido a la causa inmediata) \_\_\_\_\_

**b) Inicial o fundamental** (enfermedad o lesión que inició los hechos que condujeron a la muerte) \_\_\_\_\_

**III Otros procesos:** Embarazo, parto, aborto, tuberculosis, diabetes, etc., que contribuyeron a la muerte, pero sin estar relacionados con la causa fundamental que la produjo \_\_\_\_\_



Se describe a continuación la secuencia lógica de cumplimentar el Boletín:

El apartado II CAUSA ANTECEDENTE se divide en dos partes:

- a) CAUSA INTERMEDIA y
- b) CAUSA INICIAL O FUNDAMENTAL

En primer lugar ha de cumplimentarse la Causa Inicial o Fundamental:

En el apartado II b) del Boletín CAUSA INICIAL O FUNDAMENTAL es donde debe hacerse constar, a ser posible, una única causa, y esta ha de ser la que, según el criterio del médico, haya sido la enfermedad que ha desencadenado todo el proceso que ha conducido al fallecimiento.

En el apartado II a) CAUSA INTERMEDIA se inscribirá la causa o causas que han dado lugar a la causa inmediata y que, a su vez, son consecuencia de la enfermedad que ha iniciado el proceso. Se debe explicar toda la secuencia de acontecimientos, comenzando por el más reciente y finalizando por el más antiguo.

En el apartado I : CAUSA INMEDIATA hay que inscribir la enfermedad que ha causado directamente la muerte. Esto no quiere decir la manera de morir, sino la enfermedad, traumatismo o complicación que ha producido la defunción

Aunque sean muchos los factores que hayan intervenido, habrá que anotarlos en sucesión, empezando por el más reciente y acabando con el más remoto.

En el apartado III: OTROS PROCESOS: Se certificarán todas las otras enfermedades, por orden de importancia, que se supone han influido en el proceso patológico pero que no están directamente relacionadas con la enfermedad que causó la muerte.

Muchas veces es difícil decidir si una afección relacionada con el fallecimiento debe inscribirse como parte de la sucesión de causas y efectos en la parte II o en la parte III del certificado. Los hechos patológicos indicados en la parte I y II del certificado deberán constituir una cadena de manera que cada uno de ellos se pueda considerar como consecuencia del trastorno inscrito en la línea inmediatamente inferior. Si un hecho patológico no pareciera encajar en la cadena, considérese la posibilidad de que pertenezca a la parte III .

**EJEMPLO:**

- I.- Embolia pulmonar
- II a.- Carcinoma secundario de fémur, fractura patológica
- II b.- **Carcinoma de mama**
- III.- Otros procesos: Diabetes del adulto, Hipertensión arterial, Obesidad.

**CASO 1.-**

Paciente de 38 años ADVP, diagnosticado de SIDA, hepatitis crónica tipo B y neumonía por *pneumocistis carinii*, que tras un periodo de desintoxicación presenta un cuadro de sepsis por *pseudomona aeruginosa*.

- I .- Inmediata: Sepsis por *Pseudomona Aeruginosa*
- II.a .- Intermedia:
- II.b .- Fundamental: **SIDA**
- III .- Otros procesos: Hepatitis crónica tipo B, neumonía por *pneumocistis carinii*

**CASO 2.-**

Paciente de 13 años con leucemia linfoblástica aguda, en remisión tras un tratamiento con quimioterapia, que presenta anemia y posteriormente fallece por una bronconeumonía.

- I.- Inmediata: Bronconeumonía
- II.a.- Intermedia: Anemia post tratamiento con quimioterapia
- II.b.- Fundamental: **Leucemia linfoblástica aguda**
- III.- Otros procesos

**CASO 3.-**

Mujer de 80 años con demencia senil, artrosis e infarto cerebral con resultado de hemiplejía con encamamiento prolongado. Es llevada de urgencias con síntomas de insuficiencia respiratoria y se le diagnostica una neumonía por aspiración.

- I.- Inmediata: Neumonía por aspiración
- II.a.- Intermedia: Insuficiencia respiratoria
- II.b.- Fundamental: **Infarto cerebral** con resultado de hemiplejía
- III.- Otros procesos: Demencia Senil, Artrosis

**CASO 4.-**

Varón de 82 años fumador, con antecedentes de infarto de miocardio y diabetes, acude a urgencias y es diagnosticado de gripe complicada con una neumonía. A pesar del tratamiento fallece de una insuficiencia respiratoria aguda.

- I.- Inmediata: Insuficiencia respiratoria aguda
- II.a.- Intermedia: Neumonía
- II.b.- Fundamental: **Gripe**
- III.- Otros procesos: Infarto de miocardio, diabetes, antecedentes de tabaquismo

**CASO 5.-**

Mujer de 38 años diagnosticada de cáncer de ovario con infiltración diafragmática que es sometida a cirugía y posterior quimioterapia. A los 5 años presenta metástasis en hígado y huesos falleciendo de una encefalopatía hepática aguda.

- I.- Inmediata: Encefalopatía hepática aguda
- II.a.- Intermedia: Metástasis hepáticas y óseas
- II.b.- Fundamental: **Carcinoma de ovario** con infiltración diafragmática tratado con cirugía y quimioterapia
- III.- Otros procesos

**CASO 6.-**

Niña de 4 años con antecedentes de tetralogía de Fallot corregida con cirugía, ingresa con un cuadro de fiebre, cefalalgia, vómitos y erupción petequial; en el líquido cefalorraquídeo se aísla *Neisseria meningitidis* tipo C y, a pesar de un adecuado tratamiento, fallece en 24 horas

- I.- Inmediata:
- II.a.- Intermedia: Sepsis por meningococcemia
- II.b.- Fundamental: **Meningitis meningocócica tipo C**
- III.- Otros procesos: Tetralogía de Fallot corregida con cirugía

**CASO 7.-**

Varón de 44 años que acude a urgencias con un cuadro de dolor precordial irradiado a brazo izquierdo, sin antecedentes patológicos de interés. Durante su traslado sufre una arritmia supraventricular ingresando ya cadáver.

I.- Inmediata: Arritmia supraventricular  
II.a.- Intermedia  
II.b.- Fundamental: **posible infarto de miocardio**  
III.- Otros procesos

**CASO 8.-**

Hombre de 60 años, alcohólico, con cirrosis que ha evolucionado a hipertensión portal con ascitis. Acude al servicio de urgencias con hematemesis por sangrado de sus varices esofágicas, a pesar de las medidas aplicadas en urgencias fallece.

I.- Inmediata: sangrado de varices esofágicas  
II.a.- Intermedia: hipertensión portal con ascitis  
II.b.- Fundamental: **cirrosis alcohólica**  
**III.- Otros procesos: alcoholismo**

**CALIDAD DE LA NOTIFICACIÓN:****EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE LA CALIDAD DE LA NOTIFICACIÓN**

Para objetivar todo lo anteriormente expuesto en este artículo, como primer paso se realizó una evaluación de la calidad de los datos disponibles y se han obtenido los siguientes resultados:

**1.-** Selección de los indicadores que mejor pudieran expresar la calidad de la notificación. Se revisó la bibliografía disponible y se seleccionaron los recomendados por Andreu Segura en su tesis doctoral.

Estos indicadores se clasifican en tres grupos:

**Enfermedades Mal Definidas 1 (MD1):** contienen todas las causas correspondientes al capítulo XVI de la CIE 9: SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS.

Se ha calculado el porcentaje de estas enfermedades que han sido seleccionadas como causa básica de defunción a lo largo de los años seleccionados.

Existe otra entidad: el Paro Cardíaco, también denominada Parada Cardio Respiratoria (PCR) que está situada en el grupo de enfermedades del Aparato Cardio - circulatorio; también se ha calculado para estos años y se ha añadido al grupo anterior. Los resultados se han presentado con y sin añadir la PCR.

**Enfermedades Mal Definidas 2 (MD2)**o Enfermedades poco definidas.

**Enfermedades Mal Definidas 3 (MD3)** o Enfermedades poco específicas; son todos los .9, es decir todas las enfermedades cuyo cuarto dígito es 9.

Después de revisar todas las enfermedades incluidas en estas rúbricas, se decidió que las mal definidas 3 no eran todas poco específicas y de esta lista se extrajeron las que llamamos mal definidas 4, que serían las realmente poco específicas.

## RESULTADOS DETALLADOS

año	DEFUNCIONES	PCR	Nº MD1sin PCR	MD1sin PCR %	MD1total	MD1 (%)	Nº MD2	MD2 (%)	Nº MD3	MD3 (%)	Nº MD4	MD4 (%)
1988	31550	696	403	1,3	1099	3,5	366	1,2	11424	36,2	1076	3,4
1991	34569	645	608	1,8	1253	3,6	386	1,1	12627	36,5	1404	4,1
1994	34033	556	1158	3,4	1714	5,0	343	1,0	12828	37,7	1296	3,8
1997	34175	536	689	2,0	1225	3,6	368	1,1	11901	34,8	1132	3,3
1998	36074	ND	829	2,3	829	2,3	357	1,0	12223	33,9	1105	3,1

Como puede observarse en la tabla, la columna que mide el número de veces que una Parada Cardio Respiratoria ha sido notificada y seleccionada como causa básica de defunción, se mantiene prácticamente constante y no disminuye de 500. La interpretación de estos datos es que: no se dispone de otra información con respecto a las causas que han producido el fallecimiento en, aproximadamente, 500 personas/ año fallecidas en la Comunidad de Madrid.

Si a esto vamos sumando los datos de las defunciones en las que figura una enfermedad mal definida como causa de defunción podemos comprobar que la información es bastante mejorable y que con un pequeño esfuerzo por parte de todas las personas que de alguna forma participan en el circuito de la certificación de una defunción, los datos mejorarán sustancialmente.

## RESULTADOS

AÑO	MD1 %	MD2 %	MD3%	MD4 %
1988	3,5	1,2	36,2	3,4
1991	3,6	1,1	36,5	4,1
1994	5,0	1,0	37,7	3,8
1997	3,6	1,1	34,8	3,3
1998	2,3	1,0	33,9	3,1



## ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2001, semanas 40 a 43  
(del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2001)**

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.

### INFECCIÓN GONOCÓCICA

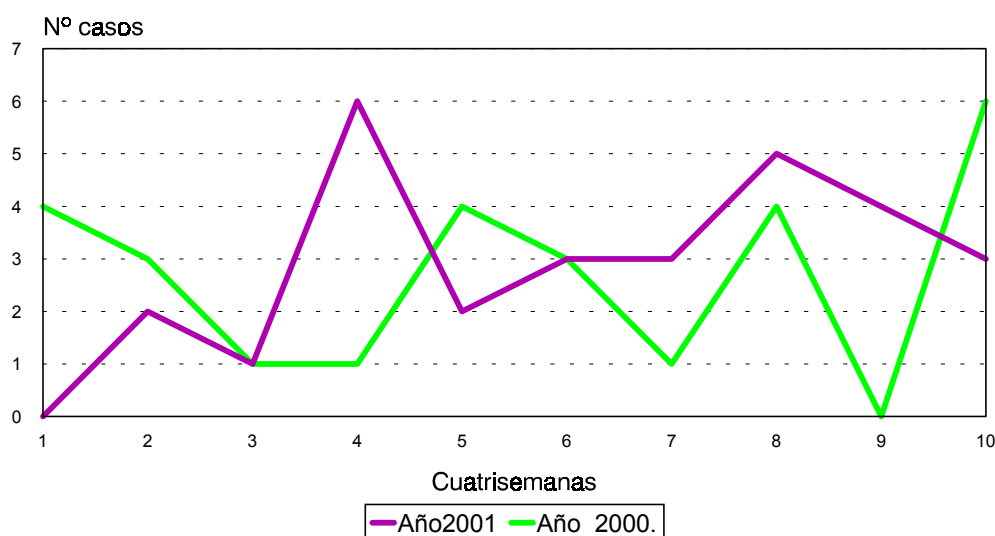
En el gráfico nº 1 aparece la evolución por cuatrisesmanas del nº de casos de infección gonocócica en el periodo comprendido entre la semana 1 y 43 de los años 2000 y 2001. En total fueron notificados, 30 casos en el año 2001, 7 casos mas que el año anterior durante el mismo periodo. El mayor número se observó durante las semanas 13 y 14. (4 casos en total) La tasa de incidencia acumulada en toda la comunidad fue de 0,59 casos por 100.000 habitantes.

En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes por distritos sanitarios. Las mayores tasas se observaron en los distritos de Coslada y Leganés (2,4 y 2,3 casos por 100.000 habitantes) y con respecto a las áreas sanitarias, las mayores tasas se hallan en el área 2 y 9.

En la distribución por género, 93,1 % corresponde a varones. El rango de edad varió entre 19 y 58 años con una mediana de 32.El 51,7% del total de casos se presentó en personas entre 20 y 30 años, y 44,8 % en mayores de 30.

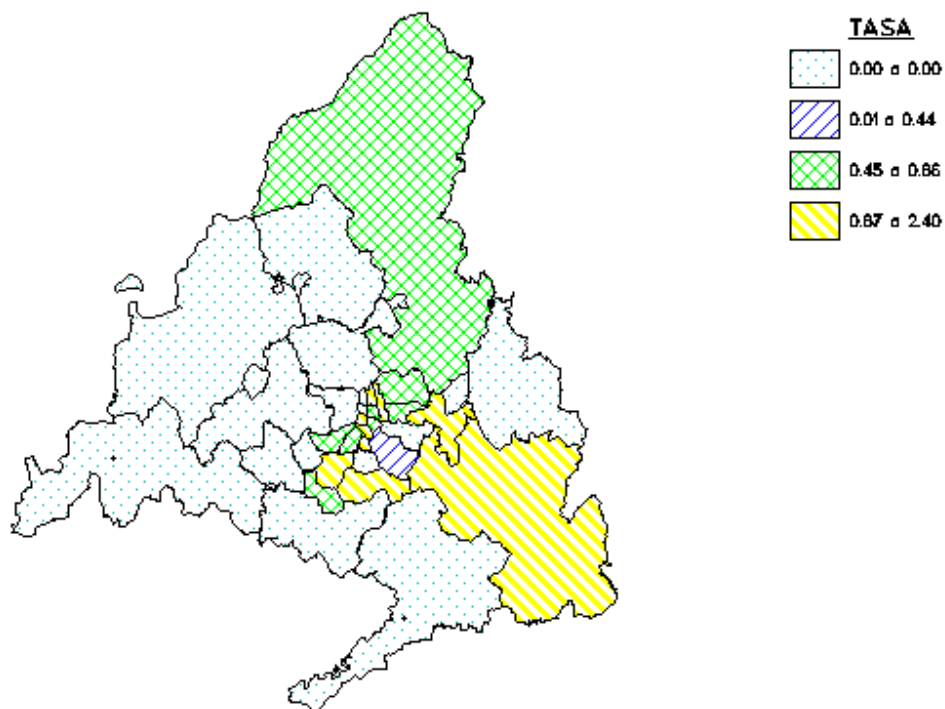
Considerando el tipo de diagnóstico, se confirmaron los casos en el 57% del total ,de los cuales 6,6% fue diagnóstico serológico y 50% microbiológico. Del total de casos 90% fueron derivados a atención especializada

**Gráfico1. INFECCIÓN GONOCÓCICA Casos notificados por cuatrisesmana.  
Semana 1 – 43. Años 2000-2001**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid

**Mapa 1. INFECCIÓN GONOCÓCICA Tasas de Incidencia por distritos sanitarios  
Semana 1-43 . Año 2001. Comunidad de Madrid**



**Tasas por 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid.**  
**Semanas 40 a 43 (desde 30/9/2001 hasta 27/10/2001)\***

	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 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.
Botulismo	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Brucelosis	0,0	0,5	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,9	0,0	0,4	0,2	0,8	0,0	0,4
Disentería	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
E. I. H, <i>Influenzae</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	0,1
Enf. Meningocócica**	0,3	2,3	0,2	3,2	0,7	2,9	0,0	1,5	0,0	0,8	0,2	2,1	0,0	0,7	0,5	2,0	0,8	4,0	0,0	2,4	0,1	2,5	0,2	2,1
Fiebre tifoidea	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,8	0,0	0,2	
Gripe	104,4	1481,0	177,0	2089,6	129,8	2192,1	190,2	2711,1	190,9	2401,0	143,3	2197,5	311,1	3296,6	397,5	3959,3	88,3	2214,3	81,5	2453,3	183,6	2973,6	187,0	2545,6
Hepatitis A	0,0	0,3	0,2	1,7	0,4	1,5	0,0	0,6	0,2	0,3	0,0	0,5	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0	1,2	0,0	0,0	0,2	1,8	0,1	0,9
Hepatitis B	0,3	0,9	0,2	1,0	0,0	1,1	0,6	3,4	0,2	1,0	0,2	2,4	0,2	2,3	0,5	2,3	0,0	0,6	0,0	1,2	0,5	2,1	0,3	1,7
Hepatitis víricas (otras)	0,0	0,9	0,2	2,2	0,0	0,0	0,4	1,2	0,0	1,2	0,2	5,5	0,0	0,4	0,0	0,3	0,03	0,3	0,0	1,6	0,2	3,9	0,1	1,7
Infección Gonocócica	0,0	0,5	0,2	1,5	0,0	0,4	0,4	0,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	1,2	0,2	0,5	0,1	0,6
Legionelosis	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3	1,8	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,6
Leishmaniasis	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,8	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,4
Meningitis aséptica**	0,1	5,1	0,2	5,4	0,3	21,1	0,0	6,7	0,0	4,4	0,4	5,7	0,0	3,8	0,5	9,5	2,0	13,5	0,0	1,6	0,0	4,0	0,2	6,6
Meningitis bacter,**	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	2,2	0,0	0,5	0,0	0,8	0,0	1,2	0,1	1,7	0,2	1,2	0,2	2,3	0,0	0,8	0,3	2,7	0,1	1,2
P,F,A,	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Paludismo	0,0	0,2	0,2	1,5	0,0	2,2	0,0	1,2	0,0	0,8	0,0	0,2	0,2	1,7	0,0	1,5	0,0	2,3	0,0	3,2	0,0	2,9	0,0	1,5
Parotiditis	0,9	35,2	0,5	14,7	1,9	15,9	0,4	39,0	0,3	17,8	1,0	20,4	0,2	18,9	0,5	3,0	0,0	7,8	0,0	9,6	0,3	20,0	0,5	20,1
Rubéola	0,0	0,3	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2
Sarampión	0,0	0,5	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Sífilis	0,0	0,9	0,2	0,7	0,0	0,0	0,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,5	0,0	0,3	0,0	7,5	0,0	0,8	0,0	1,8	0,1	1,2
Tos ferina	0,0	0,2	0,2	2,2	0,0	0,0	0,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,0	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	2,1	0,1	0,8
TBC respiratoria***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	8,5	583,0	9,7	636,1	12,2	969,5	10,4	629,2	8,2	516,7	8,9	689,2	7,3	601,0	15,3	824,4	5,5	903,3	3,6	936,4	3,9	531,2	8,3	667,7
<b>Poblaciones</b>	<b>637.028</b>		<b>402.265</b>		<b>269.734</b>		<b>507.409</b>		<b>605.928</b>		<b>415.967</b>		<b>523.245</b>		<b>399.787</b>		<b>346.739</b>		<b>249.045</b>		<b>665.142</b>		<b>5.022.289</b>	
<b>Cobertura de Médicos</b>	<b>73,1%</b>		<b>92,7%</b>		<b>86,8%</b>		<b>81,3%</b>		<b>60,8%</b>		<b>71,3%</b>		<b>84,7%</b>		<b>88,0%</b>		<b>83,2%</b>		<b>88,9%</b>		<b>77,0%</b>			

\* Aquellas enfermedades de las que no se ha declarado ningún caso no aparecen en la tabla

\*\* Casos procedentes del registro de Infecciones que causan Meningitis en la Comunidad de Madrid

\*\*\* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un registro específico,



## BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

Semanas 40 a 43 de 2001.

### BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 40 a 43 de 2001.

Area	Tipo	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
1	Alimentario	Campo Real	Residencia	54	13	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
1	Alimentario	Madrid (Vallecas)	E. Infantil	126	13	0		<b>Salmonella sp</b>
2	Alimentario	Coslada	Restaurante	40	3	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
3	Parotiditis	Corpa	Familiar	11	3	0		<i>V parotiditis</i>
4	Alimentario	Madrid (Ciudad Lineal)	Familiar	2	2	2	Tiramisú	<b>S enteritidis</b>
4	Alimentario	Madrid (Ciudad Lineal)	Familiar	7	6	3	Mayonesa	<b>Salmonella sp</b>
5	Alimentario	Madrid (Fuencarral)	Familiar	2	2	2	Tortilla	<b>Salmonella sp</b>
6	Dermatofitosis	Brunete	Colegio	25	2	0		<b>Microsporum canis</b>
6	Dermatofitosis	Collado Villalba	Colegio	27	4	0		<i>Hongo</i>
6	GEA	Las Rozas de Madrid	E. Infantil	36	12	1		<i>Desconocido</i>
6	Alimentario	Pozuelo de Alarcón	Colegio	497	124	0	Desconocido	<b>C jejuni</b>
6	Alimentario	Galapagar	Colegio	380	48	0	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
6	Alimentario	Madrid (Moncloa)	Familiar	2	2	2	Huevo	<i>Salmonella sp</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	16	8	0	Marisco	<i>Desconocido</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Pastelería	9	4	1	Tarta	<b>S enteritidis</b>
8	Alimentario	Móstoles	Colegio	110	20	1	Cocido	<i>Desconocido</i>
10	M. contagiosum	Torrejón de la Calzada	Colegio	90	3	0		<i>Virus</i>
11	Parotiditis	Madrid (Arganzuela)	Colegio	3	3	0		V parotiditis





## RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2001, semanas 40 a 43.  
(Del 30 de septiembre al 27 de octubre de 2001)

La “Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid” (RMC) se constituye en 1991 como un sistema de vigilancia basado en la notificación voluntaria de enfermedades. Su función básica consiste en la vigilancia de problemas de salud , que para un periodo de tiempo determinado se han considerado de especial interés para la Salud Pública.

Actualmente la RMC cuenta con la colaboración de 48 médicos generales y 41 pediatras de Atención Primaria, y los procesos que han sido objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática, Diabetes y Gripe.

### Periodo analizado: Año 2001, semanas 40-43

---

#### VARICELA:

---

Durante las semanas 40 a 43 del año 2001, la Red de Médicos Centinela ha notificado 18 casos de varicela, el doble de los que se declararon en el mismo periodo del año 2000. (Graf.1)

La distribución por género ha sido del 66,7% en mujeres y 33,3% en varones, existiendo diferencia significativa entre ambos sexos ( $p=0,04$ ).

Por grupos de edad, el 94,4% de los pacientes tienen edades inferiores a los 15 años, siendo el grupo más numeroso el de 2 a 5 años (38,9%), mientras que en adultos tan sólo se ha registrado 1 casos. (Graf.2)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, un tercio de los casos refieren haber tenido contacto con otro caso de varicela, otro tercio se declara en el contexto de un brote y en el resto se desconoce.

Los lugares de exposición más habituales han sido colegios y guarderías (66,7%). (Graf.3)

Ningún caso ha presentado complicaciones ni ha requerido derivación a atención especializada (urgencias).

## HERPES ZOSTER:

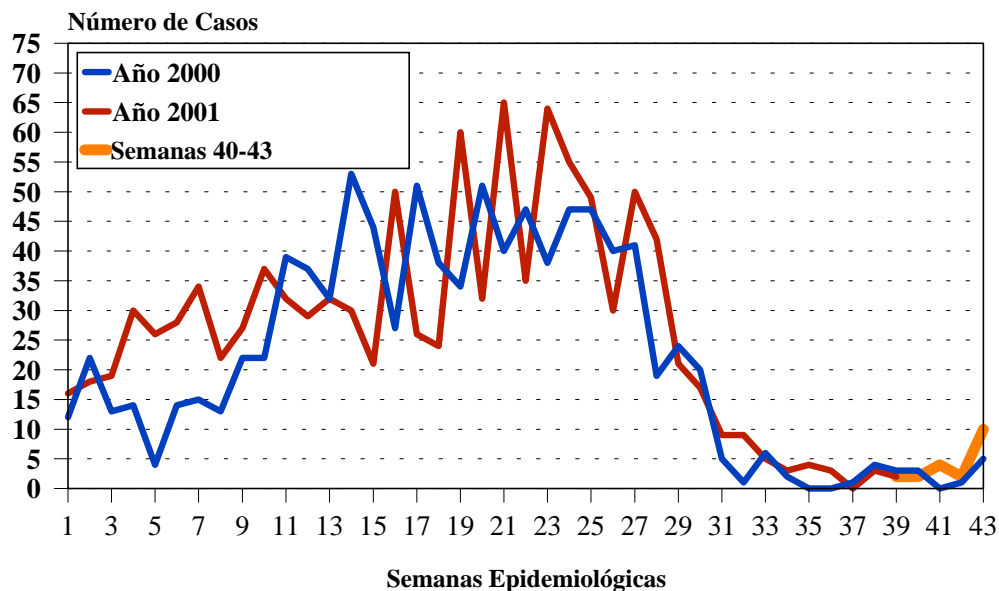
Durante este mismo periodo (semanas 40-43 del año 2001), a través de la Red de Médicos Centinela se han registrado 13 casos de Herpes Zoster. La distribución por sexo no muestra diferencias significativas: 6 casos (46,2%) en hombres y 7 casos (53,8%) en mujeres.

La media de edad ha sido de 49 años (DE = 24,7 años), en un rango de edad que va de los 10 a los 77 años. (Graf.4)

Graf.1

### VARICELA.RMC. Casos notificados de las semanas 40-43. Años 2000 y 2001

Año 2000: N=9    Año 2001: N=18

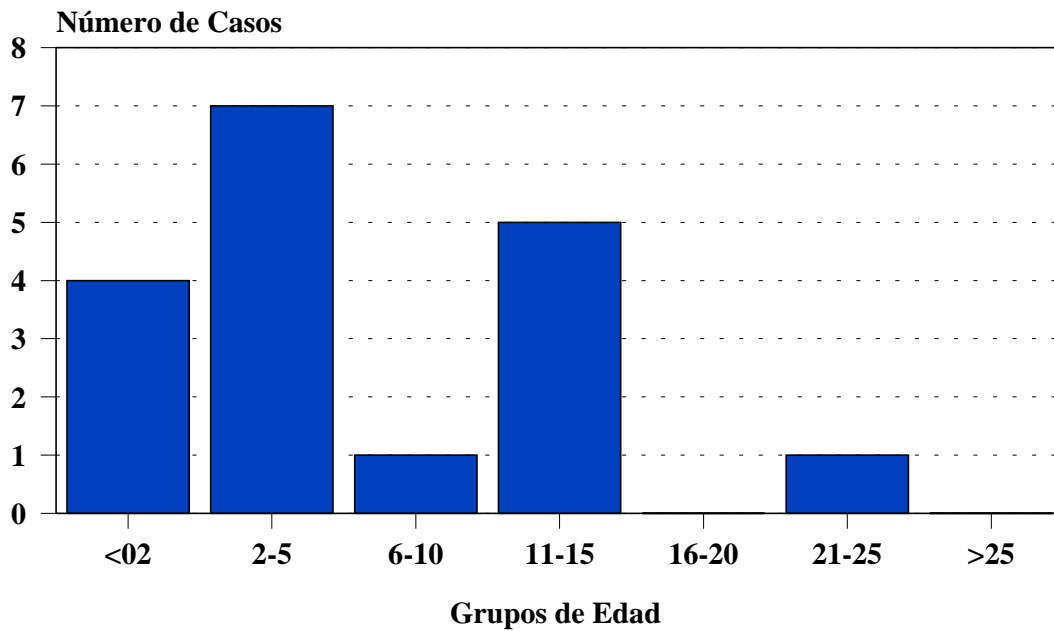


Red de Médicos Centinela

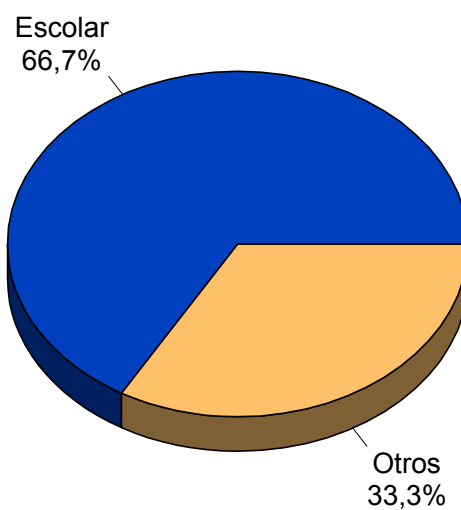
Graf.2

**VARICELA.RMC. Casos notificados en las semanas 40-43**

## Distribución por grupos de edad

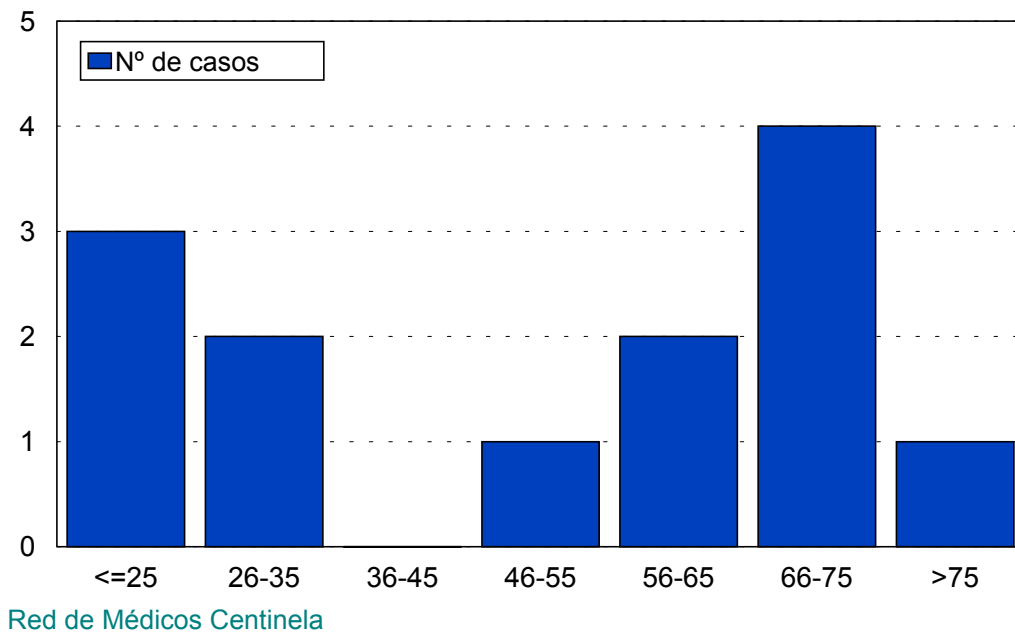
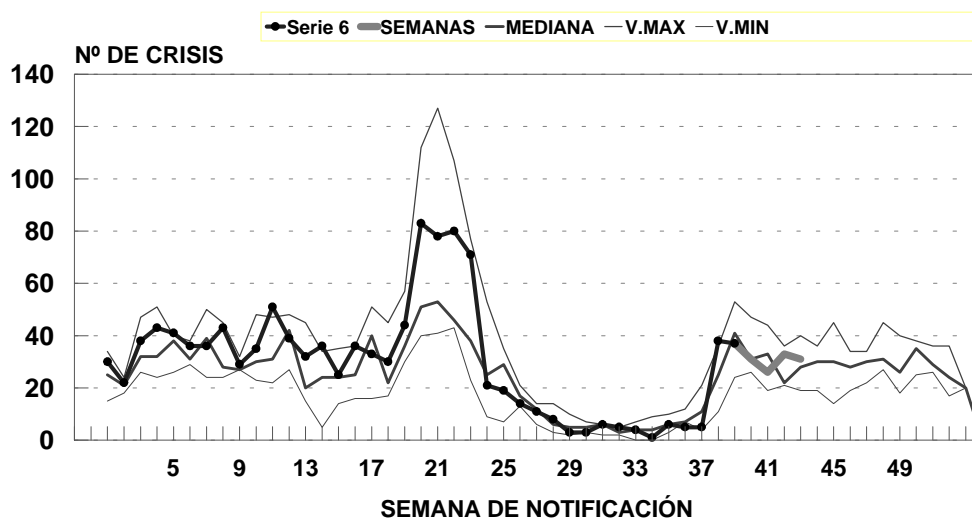


Graf.3

**TIPO DE EXPOSICIÓN**

Red de Médicos Centinela

Graf.4

**HERPES ZOSTER. Casos notificados en las semanas 40-43****DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD****CRISIS ASMÁTICAS****Distribución de las crisis asmáticas 2001****Semanas 40 a 43**

Fuente: Red de Médicos Centinela de La Comunidad de Madrid.

Los comentarios sobre los procesos que no aparecen en este boletín mensual, se difunden en informes independientes. Así, la Gripe, cuenta con un informe semanal durante la temporada al que se puede acceder en la página <http://www.comadrid.es/sanidad/noticias/pdf/gripe01.pdf> y el resto de procesos con un informe anual.

**Casos notificados a la Red y cobertura de notificación**

	Nº casos semanas 36-39	Casos acumulados	Cobertura %
Gripe*	19	312	74,2
Otros procesos:			75,5
Varicela	18	1153	
Herpes zoster	13	201	
Crisis asmáticas		1284	

\*Sólo se vigila entre la semana 40 y 20 de cada temporada

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

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología  
C/ O´Donnell 52, 2ª planta. 28009 Madrid

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.comadrid.es/sanidad/salud/index.htm>

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 deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."