



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

2.

INFORMES:

- Interrupción Voluntaria del Embarazo
 - Brotes Epidémicos 2001
 - Encuesta sobre el Boletín Epidemiológico



Comunidad de Madrid
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

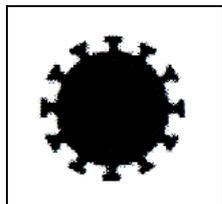
de la Comunidad de Madrid

2

Índice

INFORMES:

	* Interrupción voluntaria del Embarazo 3
	* Brotes Epidémicos. Comunidad de Madrid, Año 2001 40
	* Encuesta sobre la Difusión y Percepción del Boletín Epidemiológico en Atención Primaria. Año 2000..61
	- EDO. Semanas 6 a 9 (del 3 de febrero al 2 de marzo de 2002)74
	- Brotes Epidémicos. Semanas 6 a 9, 200276
	- Sistema de Vigilancia Microbiológica77 Cuarto Trimestre, Año 2001
	- Red de Médicos Centinela.79



INFORME: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Interrupciones voluntarias del embarazo (1991 –2000)

RESUMEN

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en España fueron despenalizadas, a través de la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos. Entre 1991 y 2000 se realizaron 86.959 IVE en mujeres residentes en la Comunidad de Madrid (CM). La tasa de IVE por mil mujeres de 15 a 44 años ha aumentado de 6.97 en 1991 a 9.81 en 2000. El número de IVE por mil nacimientos en mujeres de 15 a 44 años ha aumentado de 168.68 en 1991 a 226.62 en 2000. El 10.9% de las mujeres tenían menos de 20 años y el 51.5% entre 20 y 29 años. El 56.9% no convivía en pareja, el 62.3% eran solteras, el 69.6% tenían un nivel de estudios de primer o segundo grado, el 56.1% tenía trabajo remunerado y el 61,2% ingresos económicos propios. El 44.3% tenía hijos, de ellas el 28.3% en los dos años previos. El 27.3% había tenido IVE previas, de ellas el 31.7% había tenido una IVE el mismo año o en el año anterior. El 55.8% no había acudido en los dos años previos a un centro sanitario para la utilización o el control de la natalidad. El 96.9% de las IVE se realizaron en centros privados. El 64.6% de las IVE se realizaron antes de la 9 semana de gestación, el 31.6% entre la 9 y la 15 y el 3.8% después de la 15 semana. La causa de la IVE fue en el 98.2% el peligro para la salud física o psíquica de la embarazada, en el 1.5% la presunción de feto con graves taras y en el 0.1% la violación.

INTRODUCCIÓN

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en España fueron despenalizadas, a través de la Ley Orgánica 9/1985 (*Anexo 1*) en tres supuestos concretos:

Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto.

Los centros en los que se practican IVE deben estar particularmente acreditados para realizar este tipo de intervenciones por la Comunidad Autónoma, para ello deberán reunir determinados requisitos, recogidos en el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre (*Anexo 3*) sobre centros acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

El seguimiento de las IVE que se realizan, se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica (Orden Ministerial de 16 de junio de 1986) (*Anexos 2 y 3*) que recibe información de todo el país. Cada IVE que se practica, ha de ser notificada por el médico responsable de la misma a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma donde se llevó a cabo la intervención. Los centros públicos y privados donde se realizan las IVE remiten los cuestionarios normalizados de notificación a la Consejería de Sanidad, donde se codifican y depuran de acuerdo a la aplicación informática desarrollada por la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Anualmente los cuestionarios son enviados, en soporte magnético y papel, al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tanto la información referida a la embarazada como la del centro en el que se realiza el aborto, es considerada confidencial y no se facilita información que no sea agregada.

Con carácter anual, la Dirección General de Salud Pública y Consumo, una vez que los datos recogidos de todas las Comunidades Autónomas son contrastados, tabulados y analizados, facilita a las autoridades sanitarias de cada Comunidad Autónoma, información sobre las IVE de mujeres residentes en su Comunidad que han abortado fuera de la misma y elabora una publicación anual con las estadísticas correspondientes referidas al conjunto del país y por Comunidades Autónomas (<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/>).

MÉTODOS

Entre el año 1991 y 2000, se han recibido en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, los cuestionarios de notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) realizadas en los centros acreditados para tal fin en nuestra Comunidad, tanto públicos como privados (*Anexo 4*).

Anualmente los datos, una vez informatizados y depurados, son enviados a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde donde se devuelven incluyendo las IVE realizadas fuera de Madrid a mujeres residentes en nuestra Comunidad.

En el protocolo de notificación (*Anexo 5*), se recogen datos de la embarazada: fecha de nacimiento, lugar de residencia, estado civil, tipo de convivencia, nivel de instrucción, situación laboral de la mujer y de la pareja o el sustentador en su caso, si tiene ingresos económicos propios, número de hijos vivos y fecha del último parto, número de IVE previas y fecha de la última y utilización de servicios sanitarios para anticoncepción en los últimos 2 años. Asimismo, se recogen datos de la intervención: dónde se informó, semanas de gestación, fecha de ingreso, intervención y alta, causa de la IVE y método de intervención.

La población para el total de la Comunidad se ha obtenido de las proyecciones de población 1991–2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública) y la población para municipios de mas de 20.000 habitantes de las proyecciones del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid (<http://www.comadrid.es/iestadis/>)

Los nacimientos de 1991 a 1999, se han obtenido de los ‘Anuarios estadísticos de la Comunidad de Madrid’ de 1996 a 2000 y de los boletines de ‘Demografía y Salud. Movimiento Natural de la Población’ del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS

Desde el año 1991, el número de interrupciones del embarazo (IVE) notificadas entre mujeres residentes en la Comunidad de Madrid ha aumentado. El mayor porcentaje de aumento se observó de 1998 a 1999. En el año 2000 se realizaron un 44.7% mas IVE que en 1991 (Tabla 1, Gráfico 1).

El 96,9% de las IVE notificadas fueron realizadas en centros privados (Tabla 18).

El 51,5% de las IVE corresponden a mujeres de 20 a 29 años, el 0,1% a mujeres menores de 15 años y el 0,5% a mayores de 44 años (Tabla 6).

La tasa de IVE (número de IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años por año) aumentó de 6,97 IVE por 1.000 mujeres de 15 a 44 años en 1991 a 9,81 en 2000 (Tabla 2, Gráfico 3). Las tasas mas altas corresponden al municipio de Madrid (Tabla 3).

La razón de IVE (número de IVE por 1.000 nacidos vivos) era mas alta para las mujeres de 15 a 19 años que para los demás grupos de edad entre 1991 y 2000 (559,57 IVE por 1.000 nacidos vivos para mujeres 15 a 19 años en 1991 y 1.146,34 en 1999) y mas baja para las de 30 a 34 años (86,24 en 1991 y 88,05 en 1999). La razón de IVE ha aumentado de 1991 a 1999 para las mujeres menores de 30 años y ha disminuido en el grupo de 35 a 39 años (Tabla 4, Gráfico 4).

Globalmente el 24,0% de las IVE se realizaron en las primeras semanas de gestación (≤ 6 semanas), el 24,9% a las 7 semanas y el 15,8% a las 8 semanas. El 91,0% de las IVE se realizaron en las primeras 12 semanas de gestación. Menos IVE se realizaron después de la 15 semana: un 3,1% entre la 16 y la 20 semanas y un 0,7% con ≥ 21 semanas (Tablas 5a, Gráfico 5). El porcentaje de mujeres que realizaron una IVE precoz (con ≤ 8 semanas de gestación) aumentaba con la edad, sobre todo para las IVE que se realizaron de ≤ 6 semanas, mientras que el porcentaje de IVE tardías (> 15 semanas de gestación) fue mayor en menores de 20 años (Tabla 5b, Gráficos 6 y 7).

Durante este periodo, el porcentaje anual de IVE de > 15 semanas de gestación han aumentado del 2,4% en 1991 a 5,6% en 2000; las IVE realizadas entre las 9 y 15 semanas, disminuyeron del 31,8% en el periodo 1991 – 1998, al 28,9% en el 1999 - 2000 y las realizadas con menos de 9 semanas disminuyeron del 65,7% en el periodo de 1991- 1993 al 64,2% entre 1994 - 1998 para volver a aumentar en 1999 - 2000 al 66,1% (Tabla 6, Grafico 8).

Datos sociodemográficos:

La distribución por edad de las mujeres que realizaron una IVE durante el periodo 1991 – 2000, presenta un sesgo hacia las edades más jóvenes. La media de edad es de 27,66 \pm 6,86 años (Gráficos 9 y 10) y la mediana de 27 años. El 25% tiene ≤ 22 años y el 75% ≤ 33 años.

Mas del 60% de las mujeres que realizaron una IVE durante este periodo residían en el municipio de Madrid y el 31,5% en la corona metropolitana.

De las mujeres que realizaron una IVE, el 56,9% no convive en pareja (Tabla 7), el 28,3% estaban casadas (Tabla 8), el 79,6% tenían un nivel de estudios de segundo o tercer grado (Tabla 9), el 58,5% eran empresarias o tenían un trabajo remunerado (Tabla 10) y el 61,2% tenían ingresos económicos propios (Tabla 12).

El 55,7% no tenía hijos y el 2,4% tenía más de 3 hijos en el momento de la IVE (Tabla 13). De las que tenían hijos, el 28,3% habían tenido su último parto en los 2 años previos y el 45,7% hacía más de 5 años (Tabla 14).

Para el 73,7% era su primera IVE (Tabla 15). De las que referían IVE previas, el 7,6% había abortado en el mismo año y el 48,7% en los dos años previos (Tabla 16).

Globalmente, el 55,8% refiere no haber acudido a ningún centro de control de la natalidad en los 2 años previos, este porcentaje aumentó del 49,2% en 1991 al 64,7% en 2000 (Tabla 17, Gráfico 11). El 78,6% de las mujeres de 15 a 19 años que habían realizado una IVE y el 64% de 20 a 24 años no habían acudido a ningún centro (Gráfico 12).

Datos de la intervención

El 96,9% realizaron la IVE en un centro sanitario privado (Tabla 18). Solo el 26,5% de las mujeres que realizaron un IVE se habían informado de esta posibilidad en un centro sanitario (Tabla 19). El 96,2% de las IVE se realizaron con ≤ 15 semanas de gestación (Tabla 20). El 96,8% de las mujeres fueron dadas de alta el mismo día de la intervención (Tabla 21), este porcentaje era más alto en las IVE más precoces (99,5% en las de < 9 semanas vs un 77% en las de > 15 semanas) y en las realizadas por aspiración (98,7%) o dilatación (94,6%). En el 98,2% el motivo de la IVE fue el peligro para la salud física o psíquica de la embarazada y en el 1,5% la presunción de feto con graves taras (Tabla 22). El 86,8% de las IVE se realizaron por aspiración y el 11% por legrado (Tabla 23), la aspiración es más frecuente en las IVE realizadas en las primeras semanas de gestación y el legrado y la dilatación en las más tardías (Tabla 24).

Grafico 1 Número de IVE realizadas por año



Grafico 2 Número de IVE por semanas de gestación y grupo de edad

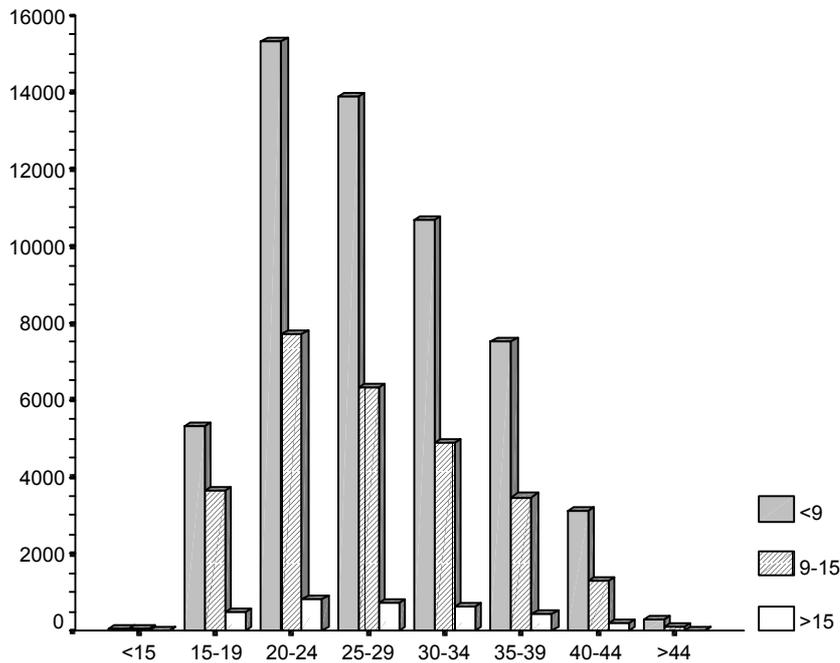


Grafico 3 Tasa de IVE por mil mujeres por año y grupo de edad

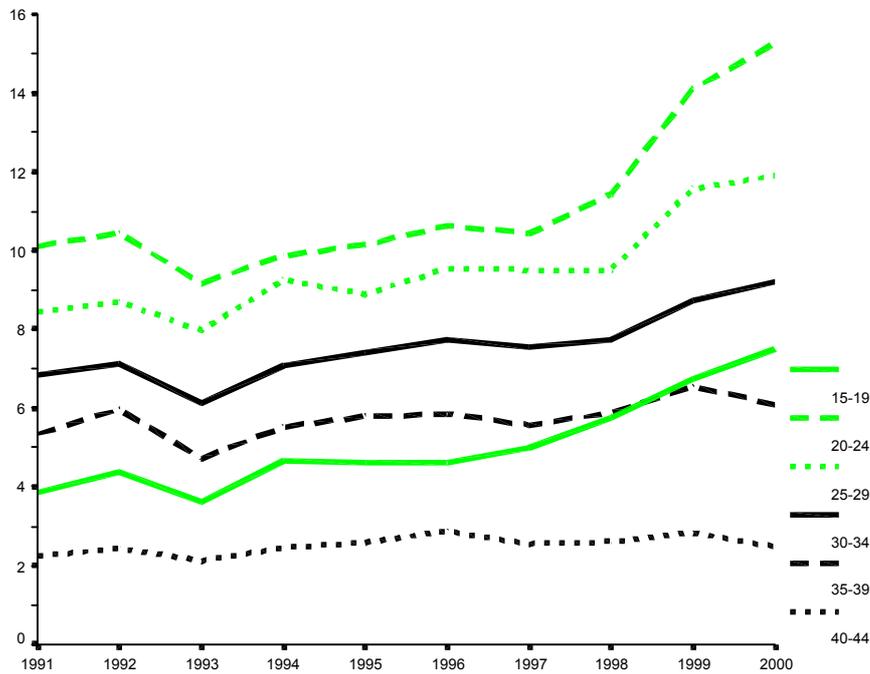


Grafico 4 Numero de IVE por mil nacimientos por grupo de edad de la mujer y año

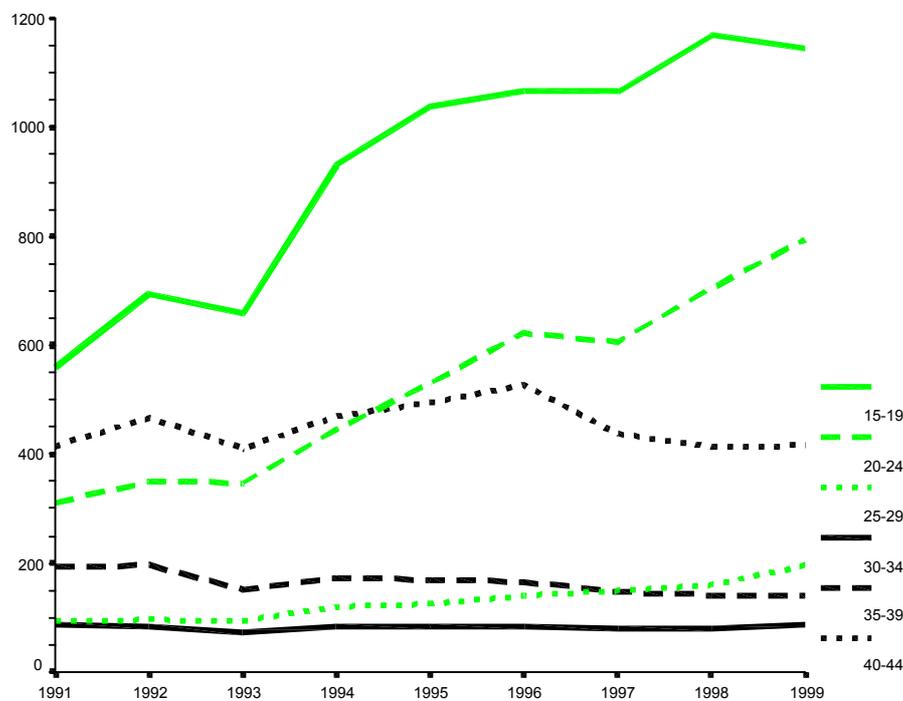


Grafico 5 Semanas de gestación en el momento de la IVE

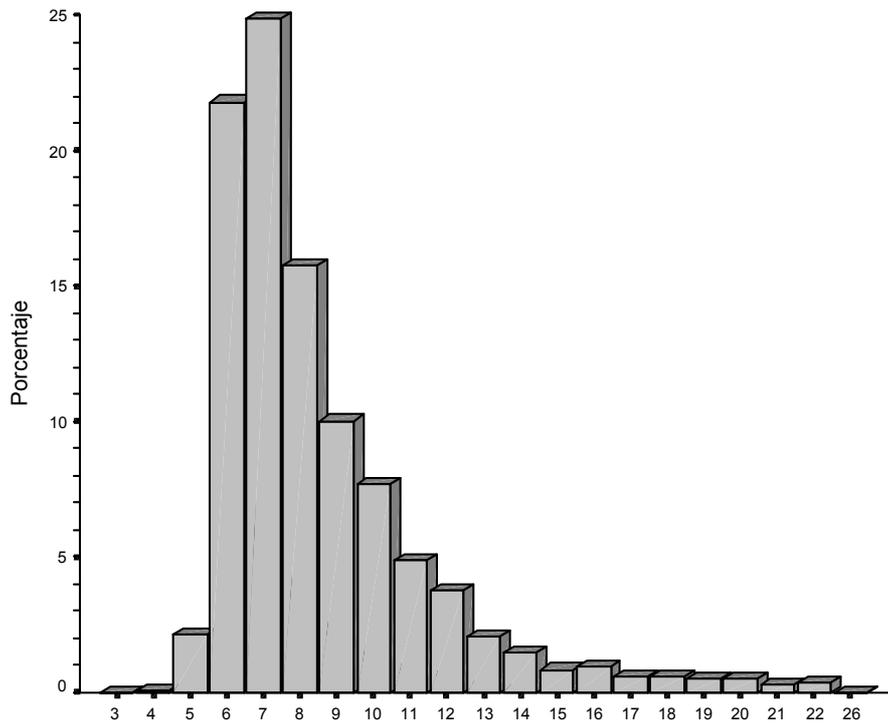


Grafico 6 Porcentaje de IVE por semanas de gestación y grupo de edad

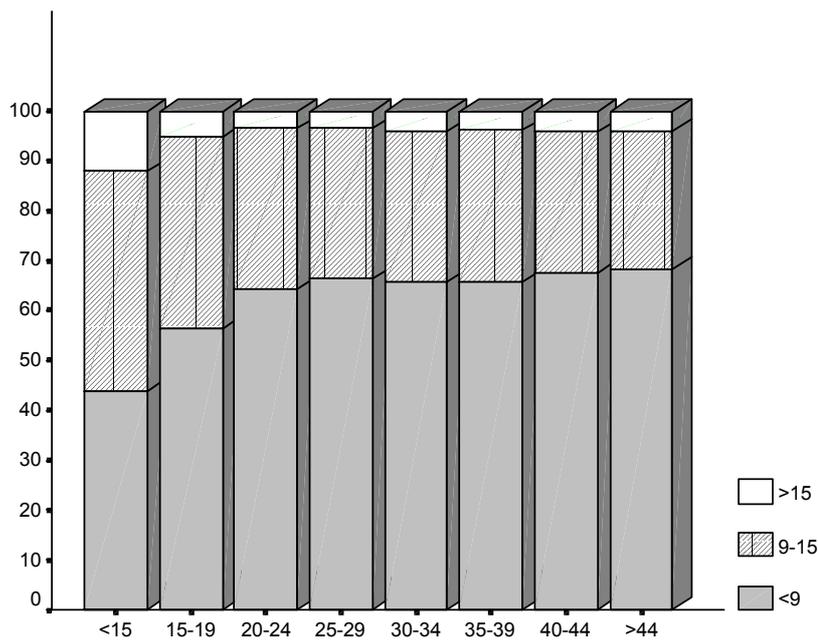


Grafico 7 Porcentaje de IVE precoz y tardía según grupo de edad

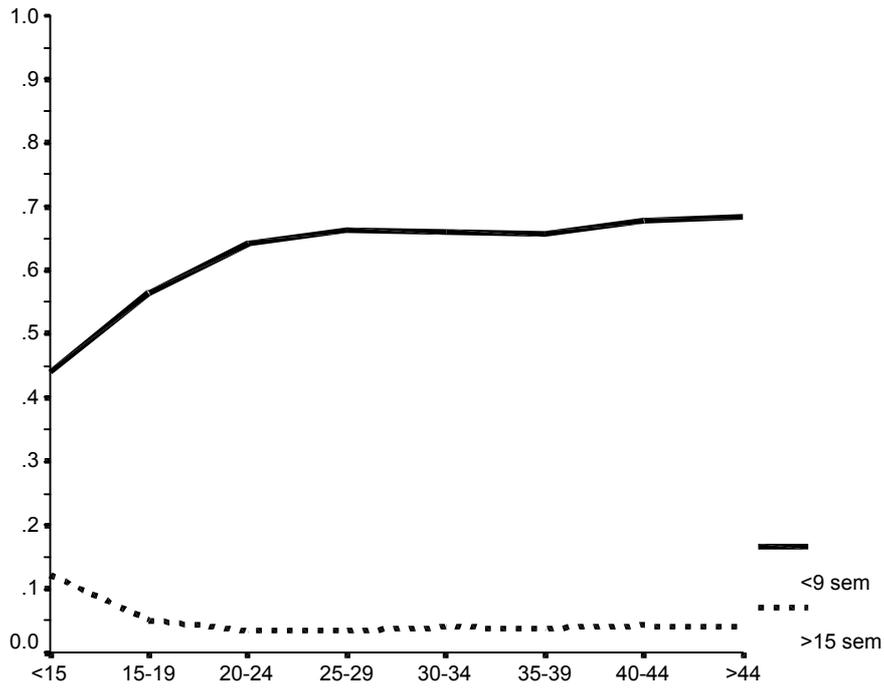


Grafico 8 Porcentaje de IVE por semanas de gestación y año

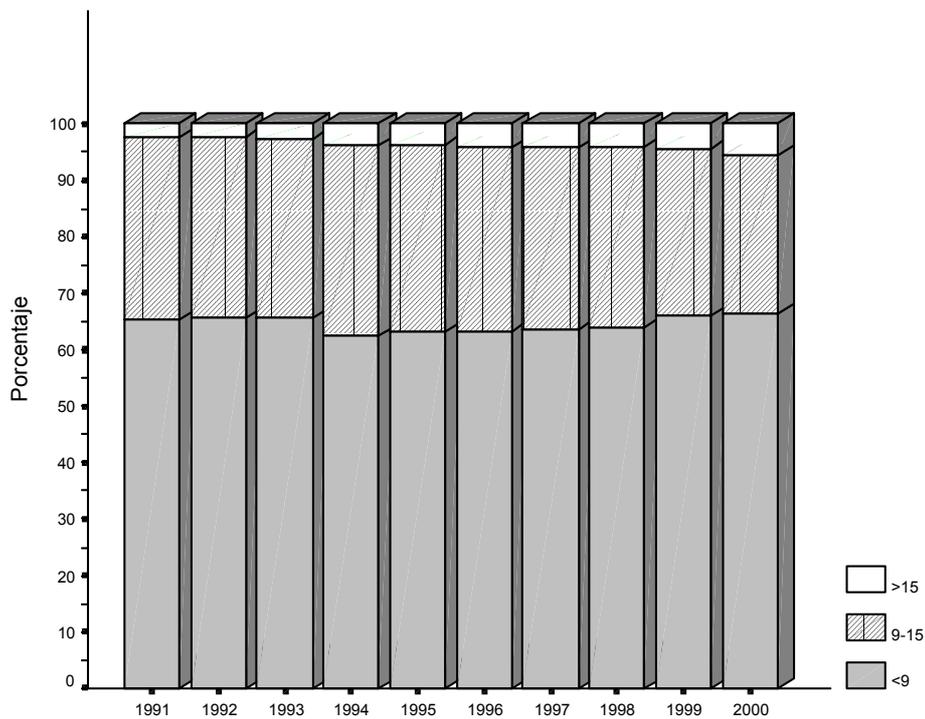


Grafico 9 Edad de las mujeres que realizaron una IVE (1991-2000)

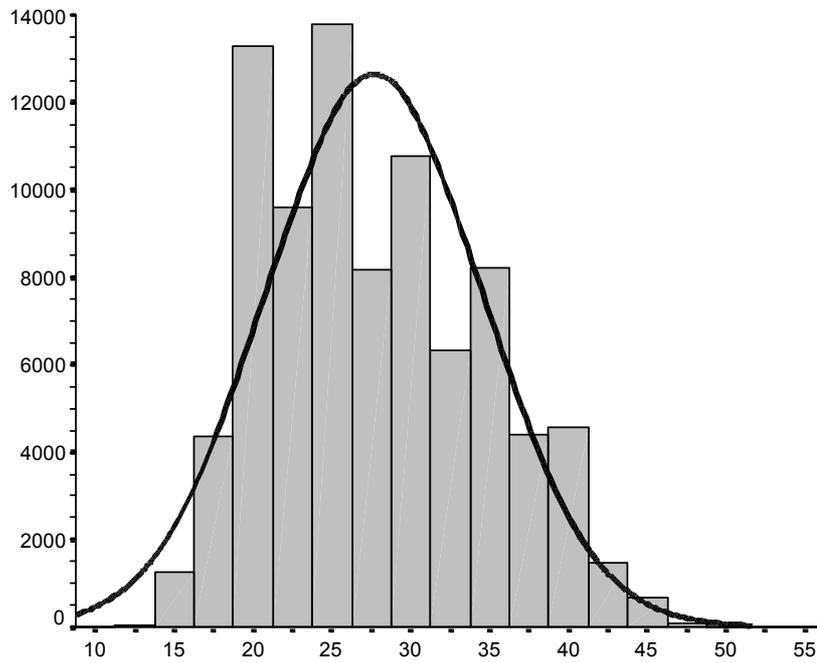


Grafico 10 Media de edad de las mujeres que realizaron una IVE por año

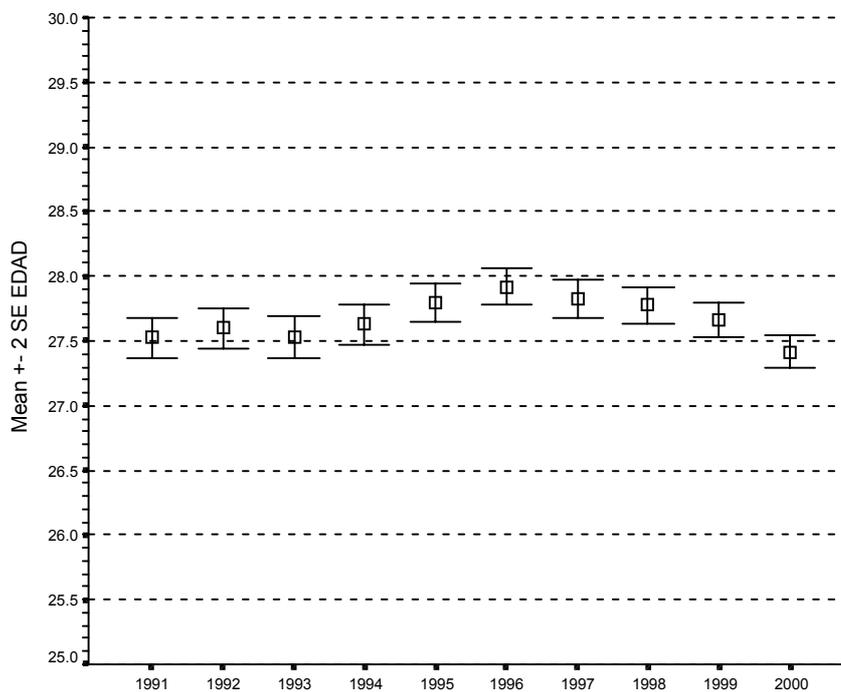


Gráfico 11 Porcentaje de mujeres que habían acudido a un servicio de control de la natalidad en los dos años previos a la IVE por año

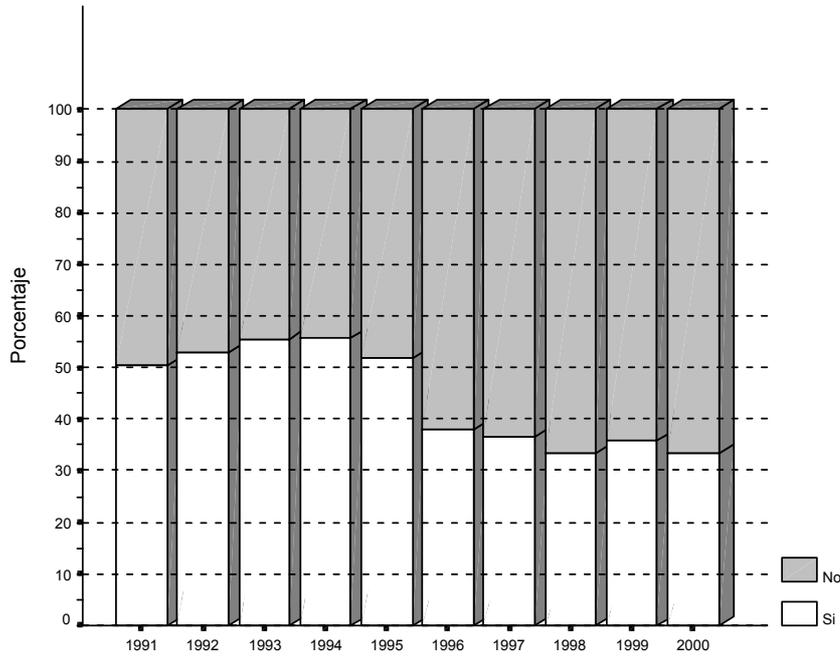


Gráfico 12 Porcentaje de mujeres que habían acudido a un servicio de control de la natalidad en los dos años previos a la IVE por grupo de edad (1991-2000)

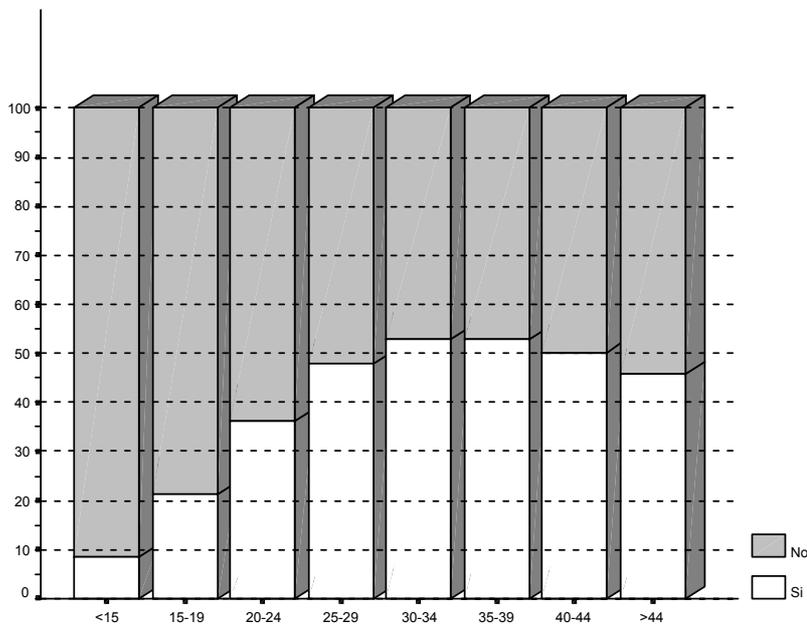


Tabla 1 Interrupciones voluntarias por año

	Número	Variación respecto al año previo
1991	7505	
1992	8056	+ 7,34%
1993	7045	- 12,55%
1994	8140	+ 15,54%
1995	8295	+ 1,90%
1996	8752	+ 5,51%
1997	8619	- 1,52%
1998	9076	+ 5,30%
1999	10609	+16,89%
2000	10862	+ 2,38%
Total	86959	

Tabla 2 Tasas de IVE por mil mujeres según grupo de edad y año

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	15-44
1991	4.87	10.12	8.45	6.83	5.35	2.24	6.97
1992	4.37	10.44	8.70	7.12	5.96	2.44	7.42
1993	3.63	9.17	7.97	6.14	4.73	2.12	6.41
1994	4.65	9.86	9.26	7.07	5.52	2.45	7.43
1995	4.60	10.14	8.89	7.39	5.79	2.60	7.50
1996	4.63	10.64	9.55	7.73	5.85	2.87	7.79
1997	5.00	10.43	9.51	7.54	5.58	2.55	7.70
1998	5.76	11.43	9.51	7.73	5.88	2.61	8.13
1999	6.73	14.12	11.57	8.73	6.53	2.84	9.49
2000	7.52	15.27	11.90	9.20	6.10	2.48	9.81

Tabla 3 Tasa anual de interrupciones voluntarias del embarazo por mil mujeres(de15 a 44 años)

	1998	1999	2000
Alcalá de Henares	6.54	7.78	6.01
Alcobendas	5.97	6.50	7.58
Alcorcón	5.82	6.14	7.10
Aranjuez	3.50	4.11	5.05
Arganda	4.61	9.70	7.12
Collado Villalba	5.61	7.70	5.87
Colmenar Viejo	4.66	3.93	4.10
Coslada	4.84	6.58	5.83
Fuenlabrada	6.58	7.07	7.11
Getafe	4.32	5.79	3.07
Las Rozas	5.08	7.90	6.41
Leganés	6.62	6.98	7.51
Madrid	8.77	10.43	11.04
Majadahonda	7.05	7.44	7.18
Móstoles	6.19	6.30	6.81
Parla	6.00	7.21	6.30
Pinto	6.83	4.60	4.97
Pozuelo de Alarcón	4.66	7.16	4.40
Rivas Vaciamadrid	6.44	7.57	6.52
San Fernando de Henares	5.92	5.70	5.51
San Sebastián de los Reyes	5.31	8.11	7.57
Torrejón de Ardoz	6.99	7.60	9.74
Tres Cantos	2.54	5.89	4.27
Valdemoro	4.44	5.79	5.75

Tabla 4 Número de IVE por mil nacimientos por grupo de edad de la mujer y año

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	15-44
1991	559.57	311.70	92.56	86.24	191.89	414.99	168.68
1992	694.01	349.48	96.32	84.63	196.00	466.52	177.00
1993	658.10	347.45	94.08	72.25	151.79	410.99	157.35
1994	931.00	445.85	119.95	82.49	173.40	469.36	190.24
1995	1038.59	530.20	125.09	84.07	169.64	494.62	195.44
1996	1065.61	622.83	140.25	84.65	165.85	526.96	201.78
1997	1065.40	606.33	149.34	78.87	146.34	437.50	194.58
1998	1168.66	704.90	160.09	80.80	141.24	413.10	204.73
1999	1146.34	794.53	195.48	88.05	141.07	416.04	226.62

Semanas de gestación en el momento de la IVE por grupo de edad

Tabla 5a

	6 o menos		7		8		9-10		11-12		13-15		16-20		21 o mas		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
No consta	7	31.8%	2	9.1%	3	13.6%	5	22.7%	3	13.6%			2	9.1%					22	100.0%
<15	15	14.0%	17	15.9%	15	14.0%	25	23.4%	9	8.4%	13	12.1%	9	8.4%	4	3.7%			107	100.0%
15-19	1842	19.6%	2015	21.4%	1445	15.4%	1913	20.4%	1035	11.0%	592	6.3%	404	4.3%	71	.8%	80	.9%	9397	100.0%
20-24	5863	24.6%	5779	24.2%	3698	15.5%	4268	17.9%	2084	8.7%	1124	4.7%	691	2.9%	127	.5%	216	.9%	23850	100.0%
25-29	5135	24.5%	5410	25.9%	3347	16.0%	3564	17.0%	1718	8.2%	859	4.1%	584	2.8%	131	.6%	178	.9%	20926	100.0%
30-34	3932	24.3%	4172	25.7%	2581	15.9%	2763	17.0%	1350	8.3%	668	4.1%	491	3.0%	147	.9%	110	.7%	16214	100.0%
35-39	2736	23.9%	2971	26.0%	1823	15.9%	2057	18.0%	902	7.9%	427	3.7%	356	3.1%	80	.7%	85	.7%	11437	100.0%
40-44	1214	26.4%	1175	25.5%	727	15.8%	732	15.9%	371	8.1%	146	3.2%	162	3.5%	32	.7%	45	1.0%	4604	100.0%
>44	134	33.3%	83	20.6%	58	14.4%	64	15.9%	37	9.2%	7	1.7%	12	3.0%	4	1.0%	3	.7%	402	100.0%
Total	20878	24.0%	21624	24.9%	13697	15.8%	15391	17.7%	7509	8.6%	3836	4.4%	2711	3.1%	596	.7%	717	.8%	86959	100.0%

Tabla 5b

	<9 semanas		9-15 semanas		>15 semanas		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
No consta	12	54.5%	8	36.4%	2	9.1%	22	100.0%
<15	47	43.9%	47	43.9%	13	12.1%	107	100.0%
15-19	5302	56.4%	3620	38.5%	475	5.1%	9397	100.0%
20-24	15340	64.3%	7692	32.3%	818	3.4%	23850	100.0%
25-29	13892	66.4%	6319	30.2%	715	3.4%	20926	100.0%
30-34	10685	65.9%	4891	30.2%	638	3.9%	16214	100.0%
35-39	7530	65.8%	3471	30.3%	436	3.8%	11437	100.0%
40-44	3116	67.7%	1294	28.1%	194	4.2%	4604	100.0%
>44	275	68.4%	111	27.6%	16	4.0%	402	100.0%
Total	56199	64.6%	27453	31.6%	3307	3.8%	86959	100.0%

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUJER POR AÑO DE LA I.V.E.**Tabla 6****Grupo de edad**

	No consta		<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991			8	.1%	836	11.1%	2137	28.5%	1764	23.5%	1368	18.2%	965	12.9%	393	5.2%	34	.5%	7505	100.0%
1992			16	.2%	939	11.7%	2237	27.8%	1847	22.9%	1453	18.0%	1098	13.6%	432	5.4%	34	.4%	8056	100.0%
1993			10	.1%	768	10.9%	1985	28.2%	1716	24.4%	1267	18.0%	893	12.7%	374	5.3%	32	.5%	7045	100.0%
1994			8	.1%	958	11.8%	2149	26.4%	2006	24.6%	1482	18.2%	1073	13.2%	429	5.3%	35	.4%	8140	100.0%
1995			12	.1%	915	11.0%	2221	26.8%	1937	23.4%	1576	19.0%	1139	13.7%	460	5.5%	35	.4%	8295	100.0%
1996	17	.2%	7	.1%	877	10.0%	2335	26.7%	2099	24.0%	1673	19.1%	1188	13.6%	518	5.9%	38	.4%	8752	100.0%
1997	4	.0%	12	.1%	896	10.4%	2278	26.4%	2114	24.5%	1655	19.2%	1151	13.4%	469	5.4%	40	.5%	8619	100.0%
1998	1	.0%	8	.1%	978	10.8%	2458	27.1%	2134	23.5%	1720	19.0%	1227	13.5%	492	5.4%	58	.6%	9076	100.0%
1999			14	.1%	1081	10.2%	2962	27.9%	2611	24.6%	1953	18.4%	1386	13.1%	550	5.2%	52	.5%	10609	100.0%
2000			12	.1%	1149	10.6%	3088	28.4%	2698	24.8%	2067	19.0%	1317	12.1%	487	4.5%	44	.4%	10862	100.0%
Total	22	.0%	107	.1%	9397	10.8%	23850	27.4%	20926	24.1%	16214	18.6%	11437	13.2%	4604	5.3%	402	.5%	86959	100.0%

Tabla 7 **Convive en pareja**

	Convive en pareja						Total	
	Si		No		No consta		nº	%
	nº	%	nº	%	nº	%		
1991	1868	24.9%	4232	56.4%	1405	18.7%	7505	100.0%
1992	1960	24.3%	4635	57.5%	1461	18.1%	8056	100.0%
1993	1952	27.7%	4065	57.7%	1028	14.6%	7045	100.0%
1994	2342	28.8%	4623	56.8%	1175	14.4%	8140	100.0%
1995	2804	33.8%	4640	55.9%	851	10.3%	8295	100.0%
1996	3161	36.1%	4998	57.1%	593	6.8%	8752	100.0%
1997	3355	38.9%	4925	57.1%	339	3.9%	8619	100.0%
1998	3481	38.4%	5224	57.6%	371	4.1%	9076	100.0%
1999	3909	36.8%	6038	56.9%	662	6.2%	10609	100.0%
2000	4097	37.7%	6110	56.3%	655	6.0%	10862	100.0%
Total	28929	33.3%	49490	56.9%	8540	9.8%	86959	100.0%

Tabla 8 **Estado civil**

	Soltera		Casada		Viuda		Divorciada		Separada		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	4358	58.1%	2407	32.1%	86	1.1%	179	2.4%	451	6.0%	24	.3%	7505	100.0%
1992	4781	59.3%	2489	30.9%	71	.9%	176	2.2%	489	6.1%	50	.6%	8056	100.0%
1993	4287	60.9%	2103	29.9%	52	.7%	160	2.3%	427	6.1%	16	.2%	7045	100.0%
1994	4952	60.8%	2430	29.9%	77	.9%	178	2.2%	481	5.9%	22	.3%	8140	100.0%
1995	5094	61.4%	2429	29.3%	73	.9%	203	2.4%	460	5.5%	36	.4%	8295	100.0%
1996	5479	62.6%	2454	28.0%	84	1.0%	190	2.2%	519	5.9%	26	.3%	8752	100.0%
1997	5479	63.6%	2342	27.2%	81	.9%	200	2.3%	483	5.6%	34	.4%	8619	100.0%
1998	5864	64.6%	2373	26.1%	74	.8%	210	2.3%	508	5.6%	47	.5%	9076	100.0%
1999	6790	64.0%	2770	26.1%	99	.9%	241	2.3%	638	6.0%	71	.7%	10609	100.0%
2000	7081	65.2%	2818	25.9%	86	.8%	265	2.4%	524	4.8%	88	.8%	10862	100.0%
Total	54165	62.3%	24615	28.3%	783	.9%	2002	2.3%	4980	5.7%	414	.5%	86959	100.0%

Tabla 9 **Nivel de instrucción**

	Analfabeta/sin estudios		1º grado		2º grado		3º grado		Inclasificable		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	106	1.4%	660	8.8%	4717	62.9%	1501	20.0%	438	5.8%	83	1.1%	7505	100.0%
1992	74	.9%	785	9.7%	4975	61.8%	1746	21.7%	410	5.1%	66	.8%	8056	100.0%
1993	108	1.5%	737	10.5%	4170	59.2%	1563	22.2%	411	5.8%	56	.8%	7045	100.0%
1994	178	2.2%	1086	13.3%	4641	57.0%	1690	20.8%	514	6.3%	31	.4%	8140	100.0%
1995	172	2.1%	959	11.6%	4736	57.1%	1791	21.6%	579	7.0%	58	.7%	8295	100.0%
1996	198	2.3%	1145	13.1%	5031	57.5%	1864	21.3%	470	5.4%	44	.5%	8752	100.0%
1997	168	1.9%	1048	12.2%	5013	58.2%	1880	21.8%	414	4.8%	96	1.1%	8619	100.0%
1998	168	1.9%	1217	13.4%	4919	54.2%	2120	23.4%	531	5.9%	121	1.3%	9076	100.0%
1999	182	1.7%	1152	10.9%	5929	55.9%	2530	23.8%	664	6.3%	152	1.4%	10609	100.0%
2000	237	2.2%	1336	12.3%	6328	58.3%	2169	20.0%	638	5.9%	154	1.4%	10862	100.0%
Total	1591	1.8%	10125	11.6%	50459	58.0%	18854	21.7%	5069	5.8%	861	1.0%	86959	100.0%

Tabla 10 Situación laboral de la mujer

	Patrono/a que emplea personal		Empresario/a que no emplea personal		Trabajo remunerado		Pensionista		Estudiante		Parado/a		Sus labores		Otras		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	9	.1%	210	2.8%	3979	53.0%	25	.3%	1130	15.1%	726	9.7%	1317	17.5%	81	1.1%	28	.4%	7505	100.0%
1992	12	.1%	185	2.3%	4393	54.5%	39	.5%	1140	14.2%	877	10.9%	1308	16.2%	52	.6%	50	.6%	8056	100.0%
1993	23	.3%	157	2.2%	3718	52.8%	28	.4%	978	13.9%	925	13.1%	1147	16.3%	48	.7%	21	.3%	7045	100.0%
1994	9	.1%	167	2.1%	4247	52.2%	34	.4%	1188	14.6%	1203	14.8%	1137	14.0%	74	.9%	81	1.0%	8140	100.0%
1995	17	.2%	151	1.8%	4343	52.4%	31	.4%	1170	14.1%	1252	15.1%	1120	13.5%	72	.9%	139	1.7%	8295	100.0%
1996	12	.1%	171	2.0%	4724	54.0%	40	.5%	1266	14.5%	1106	12.6%	1290	14.7%	95	1.1%	48	.5%	8752	100.0%
1997	17	.2%	231	2.7%	4796	55.6%	23	.3%	1152	13.4%	970	11.3%	1078	12.5%	236	2.7%	116	1.3%	8619	100.0%
1998	18	.2%	184	2.0%	5317	58.6%	24	.3%	1247	13.7%	826	9.1%	1074	11.8%	318	3.5%	68	.7%	9076	100.0%
1999	42	.4%	220	2.1%	6392	60.3%	15	.1%	1370	12.9%	1012	9.5%	1096	10.3%	431	4.1%	31	.3%	10609	100.0%
2000	46	.4%	252	2.3%	6881	63.3%	83	.8%	1228	11.3%	1110	10.2%	1003	9.2%	215	2.0%	44	.4%	10862	100.0%
Total	205	.2%	1928	2.2%	48790	56.1%	342	.4%	11869	13.6%	10007	11.5%	11570	13.3%	1622	1.9%	626	.7%	86959	100.0%

Tabla 11 Situación laboral de la pareja/sustentador

	No tiene		Patrono/a que emplea personal		Empresario/a que no emplea personal		Trabajo remunerado		Pensionista		Estudiante		Parado/a		Sus labores		Otras		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	1182	15.7%	48	.6%	863	11.5%	3864	51.5%	528	7.0%	20	.3%	207	2.8%	3	.0%	162	2.2%	628	8.4%	7505	100.0%
1992	1329	16.5%	46	.6%	753	9.3%	4140	51.4%	482	6.0%	15	.2%	253	3.1%	4	.0%	150	1.9%	884	11.0%	8056	100.0%
1993	1351	19.2%	65	.9%	606	8.6%	3539	50.2%	362	5.1%	19	.3%	301	4.3%	6	.1%	100	1.4%	696	9.9%	7045	100.0%
1994	1676	20.6%	37	.5%	565	6.9%	3891	47.8%	393	4.8%	26	.3%	407	5.0%	4	.0%	131	1.6%	1010	12.4%	8140	100.0%
1995	1270	15.3%	56	.7%	565	6.8%	4259	51.3%	388	4.7%	28	.3%	350	4.2%	6	.1%	133	1.6%	1240	14.9%	8295	100.0%
1996	894	10.2%	18	.2%	568	6.5%	4429	50.6%	281	3.2%	24	.3%	329	3.8%	4	.0%	88	1.0%	2117	24.2%	8752	100.0%
1997	1021	11.8%	54	.6%	499	5.8%	3915	45.4%	192	2.2%	67	.8%	292	3.4%	12	.1%	141	1.6%	2426	28.1%	8619	100.0%
1998	1189	13.1%	82	.9%	427	4.7%	4189	46.2%	190	2.1%	48	.5%	227	2.5%	5	.1%	132	1.5%	2587	28.5%	9076	100.0%
1999	1656	15.6%	155	1.5%	449	4.2%	5778	54.5%	257	2.4%	71	.7%	317	3.0%	16	.2%	146	1.4%	1764	16.6%	10609	100.0%
2000	1046	9.6%	173	1.6%	223	2.1%	6357	58.5%	205	1.9%	50	.5%	303	2.8%	16	.1%	88	.8%	2401	22.1%	10862	100.0%
Total	12614	14.5%	734	.8%	5518	6.3%	44361	51.0%	3278	3.8%	368	.4%	2986	3.4%	76	.1%	1271	1.5%	15753	18.1%	86959	100.0%

Tabla 12 Ingresos económicos propios

	Si		No		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	4441	59.2%	2885	38.4%	179	2.4%	7505	100.0%
1992	4781	59.3%	3098	38.5%	177	2.2%	8056	100.0%
1993	4085	58.0%	2880	40.9%	80	1.1%	7045	100.0%
1994	4699	57.7%	3326	40.9%	115	1.4%	8140	100.0%
1995	4731	57.0%	3459	41.7%	105	1.3%	8295	100.0%
1996	5061	57.8%	3578	40.9%	113	1.3%	8752	100.0%
1997	5306	61.6%	3100	36.0%	213	2.5%	8619	100.0%
1998	5815	64.1%	3077	33.9%	184	2.0%	9076	100.0%
1999	6884	64.9%	3480	32.8%	245	2.3%	10609	100.0%
2000	7424	68.3%	3191	29.4%	247	2.3%	10862	100.0%
Total	53227	61.2%	32074	36.9%	1658	1.9%	86959	100.0%

Tabla 13 **Numero de hijos previos**

	Ninguno		1		2		3		mas de 3		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	4120	54.9%	1317	17.5%	1302	17.3%	520	6.9%	246	3.3%	7505	100.0%
1992	4507	55.9%	1299	16.1%	1502	18.6%	547	6.8%	201	2.5%	8056	100.0%
1993	3917	55.6%	1260	17.9%	1287	18.3%	415	5.9%	166	2.4%	7045	100.0%
1994	4578	56.2%	1469	18.0%	1400	17.2%	484	5.9%	209	2.6%	8140	100.0%
1995	4651	56.1%	1549	18.7%	1462	17.6%	441	5.3%	192	2.3%	8295	100.0%
1996	4861	55.5%	1613	18.4%	1557	17.8%	498	5.7%	223	2.5%	8752	100.0%
1997	4846	56.2%	1656	19.2%	1478	17.1%	476	5.5%	163	1.9%	8619	100.0%
1998	5159	56.8%	1762	19.4%	1483	16.3%	477	5.3%	195	2.1%	9076	100.0%
1999	5912	55.7%	2152	20.3%	1815	17.1%	509	4.8%	221	2.1%	10609	100.0%
2000	5898	54.3%	2314	21.3%	1797	16.5%	586	5.4%	267	2.5%	10862	100.0%
Total	48449	55.7%	16391	18.8%	15083	17.3%	4953	5.7%	2083	2.4%	86959	100.0%

Tabla 14 **Si la mujer tenía hijos, años desde el último parto**

	en el mismo año		1		2		3		4		5		6 o mas		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	82	2.4%	400	11.9%	385	11.5%	330	9.8%	310	9.2%	271	8.1%	1582	47.1%	3360	100.0%
1992	139	3.9%	425	12.0%	373	10.6%	328	9.3%	289	8.2%	273	7.7%	1701	48.2%	3528	100.0%
1993	96	3.1%	414	13.3%	329	10.6%	322	10.3%	291	9.3%	253	8.1%	1410	45.3%	3115	100.0%
1994	122	3.4%	462	12.9%	424	11.8%	342	9.5%	274	7.6%	272	7.6%	1698	47.2%	3594	100.0%
1995	119	3.3%	482	13.4%	416	11.5%	328	9.1%	302	8.4%	249	6.9%	1706	47.4%	3602	100.0%
1996	112	2.9%	528	13.7%	428	11.1%	369	9.6%	325	8.4%	295	7.7%	1796	46.6%	3853	100.0%
1997	125	3.3%	488	13.1%	430	11.5%	304	8.1%	324	8.7%	322	8.6%	1745	46.7%	3738	100.0%
1998	118	3.0%	544	14.0%	460	11.8%	376	9.7%	342	8.8%	296	7.6%	1747	45.0%	3883	100.0%
1999	167	3.6%	641	13.8%	572	12.3%	478	10.3%	395	8.5%	352	7.6%	2040	43.9%	4645	100.0%
2000	184	3.8%	713	14.6%	650	13.3%	511	10.4%	406	8.3%	384	7.8%	2052	41.9%	4900	100.0%
Total	1264	3.3%	5097	13.3%	4467	11.7%	3688	9.6%	3258	8.5%	2967	7.8%	17477	45.7%	38218	100.0%

* En 292 (0.76% de las que tenían hijos) no se conoce la fecha del último parto

Tabla 15 **Número de IVE previas**

	Ninguna		1		2		3		mas de 3		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	5626	75.0%	1522	20.3%	281	3.7%	59	.8%	17	.2%	7505	100.0%
1992	6053	75.1%	1628	20.2%	298	3.7%	57	.7%	20	.2%	8056	100.0%
1993	5212	74.0%	1503	21.3%	249	3.5%	55	.8%	26	.4%	7045	100.0%
1994	5917	72.7%	1734	21.3%	383	4.7%	84	1.0%	22	.3%	8140	100.0%
1995	5893	71.0%	1859	22.4%	409	4.9%	95	1.1%	39	.5%	8295	100.0%
1996	6333	72.4%	1858	21.2%	431	4.9%	98	1.1%	32	.4%	8752	100.0%
1997	6283	72.9%	1778	20.6%	409	4.7%	116	1.3%	33	.4%	8619	100.0%
1998	6738	74.2%	1815	20.0%	402	4.4%	82	.9%	39	.4%	9076	100.0%
1999	7929	74.7%	2021	19.0%	482	4.5%	118	1.1%	59	.6%	10609	100.0%
2000	8090	74.5%	2066	19.0%	513	4.7%	120	1.1%	73	.7%	10862	100.0%
Total	64074	73.7%	17784	20.5%	3857	4.4%	884	1.0%	360	.4%	86959	100.0%

Tabla 16 **Si la mujer había tenido abortos previos, años desde la última I.V.E.**

	En el mismo año		1		2		3		4		5		mas de 5 años		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	129	6.9%	489	26.3%	362	19.4%	253	13.6%	190	10.2%	96	5.2%	343	18.4%	1862	100.0%
1992	163	8.3%	507	25.7%	361	18.3%	217	11.0%	209	10.6%	170	8.6%	343	17.4%	1970	100.0%
1993	127	7.0%	456	25.1%	284	15.7%	245	13.5%	166	9.2%	144	7.9%	392	21.6%	1814	100.0%
1994	181	8.1%	539	24.0%	399	17.8%	250	11.2%	220	9.8%	176	7.9%	477	21.3%	2242	100.0%
1995	183	7.7%	577	24.3%	387	16.3%	257	10.8%	186	7.8%	204	8.6%	584	24.6%	2378	100.0%
1996	184	7.7%	520	21.7%	399	16.6%	252	10.5%	201	8.4%	185	7.7%	660	27.5%	2401	100.0%
1997	152	6.5%	552	23.7%	404	17.3%	265	11.4%	209	9.0%	184	7.9%	568	24.3%	2334	100.0%
1998	160	6.8%	513	21.9%	405	17.3%	265	11.3%	194	8.3%	160	6.8%	646	27.6%	2343	100.0%
1999	182	6.8%	648	24.3%	445	16.7%	295	11.0%	235	8.8%	183	6.9%	682	25.5%	2670	100.0%
2000	267	9.8%	669	24.6%	422	15.5%	289	10.6%	180	6.6%	206	7.6%	692	25.4%	2725	100.0%
Total	1728	7.6%	5470	24.1%	3868	17.0%	2588	11.4%	1990	8.8%	1708	7.5%	5387	23.7%	22739	100.0%

* En 146 (0.64% de las que referían IVE previas) no se conoce la fecha de la IVE previa

Tabla 17 Ha acudido a algún centro sanitario para la utilización o el control de la natalidad en los últimos 2 años?

	Si, a uno publico		Si, a uno privado		Si, a otros		Ninguno		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	1030	13.7%	1123	15.0%	1607	21.4%	3691	49.2%	54	.7%	7505	100.0%
1992	1072	13.3%	1182	14.7%	1974	24.5%	3770	46.8%	58	.7%	8056	100.0%
1993	866	12.3%	969	13.8%	2042	29.0%	3102	44.0%	66	.9%	7045	100.0%
1994	1106	13.6%	1242	15.3%	2164	26.6%	3586	44.1%	42	.5%	8140	100.0%
1995	1010	12.2%	1136	13.7%	2113	25.5%	3973	47.9%	63	.8%	8295	100.0%
1996	1088	12.4%	858	9.8%	1337	15.3%	5369	61.3%	100	1.1%	8752	100.0%
1997	1209	14.0%	929	10.8%	970	11.3%	5404	62.7%	107	1.2%	8619	100.0%
1998	1225	13.5%	842	9.3%	898	9.9%	5958	65.6%	153	1.7%	9076	100.0%
1999	1525	14.4%	1132	10.7%	1050	9.9%	6678	62.9%	224	2.1%	10609	100.0%
2000	1929	17.8%	1137	10.5%	454	4.2%	7023	64.7%	319	2.9%	10862	100.0%
Total	12060	13.9%	10550	12.1%	14609	16.8%	48554	55.8%	1186	1.4%	86959	100.0%

DATOS SOBRE LA INTERVENCIÓN POR AÑO DE LA I.V.E.**Tabla 18 Tipo de centro donde se realizó la IVE**

	Publico		Privado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
1991	255	3.4%	7250	96.6%	7505	100.0%
1992	228	2.8%	7828	97.2%	8056	100.0%
1993	177	2.5%	6868	97.5%	7045	100.0%
1994	306	3.8%	7834	96.2%	8140	100.0%
1995	272	3.3%	8023	96.7%	8295	100.0%
1996	281	3.2%	8471	96.8%	8752	100.0%
1997	295	3.4%	8324	96.6%	8619	100.0%
1998	295	3.3%	8781	96.7%	9076	100.0%
1999	272	2.6%	10337	97.4%	10609	100.0%
2000	283	2.6%	10579	97.4%	10862	100.0%
Total	2664	3.1%	84295	96.9%	86959	100.0%

Tabla 19 Dónde se informó por primera vez de la posibilidad de esta IVE?

	Centro sanitario publico		Centro sanitario privado		Otros		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	766	10.2%	1100	14.7%	5614	74.8%	25	.3%	7505	100.0%
1992	908	11.3%	1080	13.4%	6045	75.0%	23	.3%	8056	100.0%
1993	809	11.5%	935	13.3%	5282	75.0%	19	.3%	7045	100.0%
1994	1155	14.2%	1354	16.6%	5607	68.9%	24	.3%	8140	100.0%
1995	1043	12.6%	1165	14.0%	6055	73.0%	32	.4%	8295	100.0%
1996	1059	12.1%	873	10.0%	6791	77.6%	29	.3%	8752	100.0%
1997	1113	12.9%	816	9.5%	6659	77.3%	31	.4%	8619	100.0%
1998	1357	15.0%	961	10.6%	6711	73.9%	47	.5%	9076	100.0%
1999	1756	16.6%	1072	10.1%	7743	73.0%	38	.4%	10609	100.0%
2000	2661	24.5%	1078	9.9%	7069	65.1%	54	.5%	10862	100.0%
Total	12627	14.5%	10434	12.0%	63576	73.1%	322	.4%	86959	100.0%

Tabla 20 Semanas de gestación en el momento de la intervención

	<9		9 a 15		>15		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	4898	65.3%	2430	32.4%	177	2.4%	7505	100.0%
1992	5298	65.8%	2581	32.0%	177	2.2%	8056	100.0%
1993	4629	65.7%	2231	31.7%	185	2.6%	7045	100.0%
1994	5093	62.6%	2736	33.6%	311	3.8%	8140	100.0%
1995	5244	63.2%	2750	33.2%	301	3.6%	8295	100.0%
1996	5541	63.3%	2842	32.5%	369	4.2%	8752	100.0%
1997	5488	63.7%	2769	32.1%	362	4.2%	8619	100.0%
1998	5813	64.0%	2903	32.0%	360	4.0%	9076	100.0%
1999	7000	66.0%	3150	29.7%	459	4.3%	10609	100.0%
2000	7195	66.2%	3061	28.2%	606	5.6%	10862	100.0%
Total	56199	64.6%	27453	31.6%	3307	3.8%	86959	100.0%

Tabla 21 Días de ingreso

	ningún día		1		2 o 3		>3		no consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	7132	95.0%	160	2.1%	180	2.4%	33	.4%			7505	100.0%
1992	7699	95.6%	153	1.9%	185	2.3%	19	.2%			8056	100.0%
1993	6713	95.3%	182	2.6%	134	1.9%	16	.2%			7045	100.0%
1994	7571	93.0%	333	4.1%	212	2.6%	12	.1%	12	.1%	8140	100.0%
1995	7804	94.1%	263	3.2%	206	2.5%	16	.2%	6	.1%	8295	100.0%
1996	8538	97.6%	98	1.1%	107	1.2%	9	.1%			8752	100.0%
1997	8454	98.1%	78	.9%	78	.9%	9	.1%			8619	100.0%
1998	8927	98.4%	63	.7%	76	.8%	10	.1%			9076	100.0%
1999	10529	99.2%	38	.4%	36	.3%	6	.1%			10609	100.0%
2000	10819	99.6%	23	.2%	17	.2%	2	.0%	1	.0%	10862	100.0%
Total	84186	96.8%	1391	1.6%	1231	1.4%	132	.2%	19	.0%	86959	100.0%

Tabla 22 Motivo de la I.V.E.

	Peligro para la salud de la embarazada		Presuncion de feto con graves taras		Violacion		Peligro para la salud de la embarazada y presunción de feto con graves taras		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	7338	97.8%	140	1.9%	2	.0%	23	.3%	2	.0%	7505	100.0%
1992	7944	98.6%	106	1.3%	6	.1%					8056	100.0%
1993	6949	98.6%	85	1.2%	6	.1%			5	.1%	7045	100.0%
1994	8010	98.4%	104	1.3%	5	.1%			21	.3%	8140	100.0%
1995	8138	98.1%	109	1.3%	4	.0%	8	.1%	36	.4%	8295	100.0%
1996	8601	98.3%	126	1.4%	3	.0%			22	.3%	8752	100.0%
1997	8497	98.6%	98	1.1%	3	.0%	3	.0%	18	.2%	8619	100.0%
1998	8889	97.9%	144	1.6%	13	.1%			30	.3%	9076	100.0%
1999	10402	98.0%	167	1.6%	9	.1%			31	.3%	10609	100.0%
2000	10607	97.7%	208	1.9%	22	.2%	4	.0%	21	.2%	10862	100.0%
Total	85375	98.2%	1287	1.5%	73	.1%	38	.0%	186	.2%	86959	100.0%

Tabla 23 Método de la intervención

	Aspiracion /miniaspiracion		Dilatacion		Legrado		RU-486		Inyeccion intravenosa		Inyeccion intrauterina		Histerotomia		Histerectomia		Otros		No consta		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1991	6577	87.6%			831	11.1%	1	.0%	15	.2%	63	.8%	8	.1%			10	.1%			7505	100.0%
1992	6995	86.8%	7	.1%	999	12.4%	3	.0%	10	.1%	39	.5%	1	.0%			2	.0%			8056	100.0%
1993	6211	88.2%	6	.1%	761	10.8%	1	.0%	43	.6%	15	.2%			1	.0%	7	.1%			7045	100.0%
1994	7201	88.5%	6	.1%	824	10.1%			58	.7%	27	.3%	3	.0%			21	.3%			8140	100.0%
1995	7347	88.6%	4	.0%	850	10.2%			33	.4%	36	.4%	3	.0%			22	.3%			8295	100.0%
1996	7705	88.0%	3	.0%	941	10.8%	2	.0%	49	.6%	26	.3%	1	.0%	1	.0%	24	.3%			8752	100.0%
1997	7738	89.8%	11	.1%	762	8.8%	3	.0%	62	.7%	19	.2%	3	.0%			21	.2%			8619	100.0%
1998	8053	88.7%	60	.7%	778	8.6%			89	1.0%	25	.3%			1	.0%	70	.8%			9076	100.0%
1999	8881	83.7%	141	1.3%	1360	12.8%			114	1.1%	19	.2%	2	.0%			92	.9%			10609	100.0%
2000	8779	80.8%	222	2.0%	1439	13.2%	277	2.6%	66	.6%	11	.1%	3	.0%			55	.5%	10	.1%	10862	100.0%
Total	75487	86.8%	460	.5%	9545	11.0%	287	.3%	539	.6%	280	.3%	24	.0%	3	.0%	324	.4%	10	.0%	86959	100.0%

Tabla 24 Método de la intervención según las semanas de gestación

	<9 (precoces)		9 a 15		>15 (tardias)		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Aspiracion/miniaspiracion	52181	92.9%	22160	80.7%	1146	34.7%	75487	86.8%
Dilatacion	25	.0%	25	.1%	410	12.4%	460	.5%
Legrado	3570	6.4%	5083	18.5%	892	27.0%	9545	11.0%
RU-486	280	.5%	6	.0%	1	.0%	287	.3%
Inyeccion intravenosa	4	.0%	9	.0%	526	15.9%	539	.6%
Inyeccion intrauterina	1	.0%	6	.0%	273	8.3%	280	.3%
Histerotomia			2	.0%	22	.7%	24	.0%
Histerectomia			3	.0%			3	.0%
Otros	135	.2%	156	.6%	33	1.0%	324	.4%
No consta	3	.0%	3	.0%	4	.1%	10	.0%
Total	56199	100.0%	27453	100.0%	3307	100.0%	86959	100.0%

ANEXO 1

Ley Orgánica 9 de 5 de julio 1985

La versión publicada en el Boletín Oficial del Estado-B.O.E. es la versión oficial del documento, de existir alguna discrepancia entre la versión del documento que aquí se presenta y su versión impresa en el B.O.E., prevalece la versión impresa como versión oficial del mismo.

Ley Orgánica 9 de 5 de julio 1985 que modifica el art. 417 bis del Código Penal. (B.O.E. núm. 166. 12 julio de 1985)

Artículo único.

El artículo 417 bis del Código Penal, queda redactado de la siguiente manera:

«1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1.^a Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2.^a Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3.^a Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.»

ANEXO 2

Editorial Aranzadi S.A.

B.D.Aranzadi Legislación

MARGINAL: RCL 1986\2173 DISPOSICION: ORDEN 16-6-1986 ORGANO-E1NIIOR:
MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO PUBLICACIONES:

BOE 3-7-1986, núm. 158, [pág. 24219] RESUMEN:

ABORTO

Estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a Ley Orgánica 9/1985, de 5-7-1985.

AFECTADO POR:

- Modificado por Resolución 15-10-1990 (RCL 1990\2212).

Modificado por Real Decreto 21-11-1986, núm. 2409/1986 (RCL 1986\3539). TEXTO:

Dispone:

Artículo 1. Cada interrupción voluntaria del embarazo, realizado de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (RCL 1985\1715), y la Orden de 31 de julio de 1985 (RCL 1985\1924), deberá ser notificada a la autoridad sanitaria, en los términos que se establece en el artículo 4.º de la presente Orden. Con el fin de preservar el anonimato de la interesada en el modelo de impreso aludido en el artículo 2.º, no figurará el nombre ni los apellidos de la misma. Asimismo, las autoridades sanitarias encargadas del tratamiento de la información velarán por la conservación de la confidencialidad de los datos contenidos en el mencionado impreso, que no podrán ser hechos públicos de forma individualizada.

Artículo 2. La notificación a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, se efectuará mediante el impreso que figura en el anexo 1.

Artículo 3. A todos los efectos, la obligatoriedad de la notificación recaerá sobre el Médico responsable de la asistencia a la interrupción voluntaria del embarazo, quien deberá cumplimentar el impreso de notificación en el momento del alta hospitalaria.

Artículo 4. El circuito que deberá seguir la información en el ámbito de cada Comunidad Autónoma será el que establezca la Consejería de Sanidad correspondiente, que tendrá la responsabilidad de informar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la remisión del ejemplar correspondiente del impreso de la notificación, cuya codificación se reserva a la referida Dirección General de Salud Pública. En las Comunidades Autónomas en las que no se regule dicho circuito y en el resto hasta tanto se haga será el siguiente: El Médico responsable lo enviará a la Comisión de Evaluación del Centro, éste a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma en la provincia correspondiente, quien, a su vez, lo enviará a los Servicios Sanitarios Centrales de la respectiva Consejería de Sanidad.

Artículo 5. El envío de la información a la Administración del Estado se efectuará de tal forma que el tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta la recepción en la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo no excederá de tres semanas.

Artículo 6. La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, facilitará a las respectivas Consejerías de Sanidad la siguiente información: Información trimestral y provincializada de la interrupción voluntaria del embarazo, con SU distribución, según las características básicas de la población en que se ha realizado. Los criterios de codificación utilizados por la aludida Dirección General, y los códigos de identificación de cada hospital, así como las modificaciones que se puedan producir en los mismos.

DISPOSICION ADICIONAL

La Dirección General de Salud Pública queda facultada para introducir en el modelo de notificación las modificaciones necesarias para un mejor cumplimiento de los objetivos a la vista de los datos que se vayan obteniendo.

ANEXO 3

Editorial Aranzadi S.A.

B.D.Aranzadi Legislación

MARGINAL: RCL 1986\3539 DISPOSICION: REAL DECRETO 21 -11 -1986, núm. 2409/1986 ORGANO EMISOR: MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO PUBLICACIONES:

BOE 24-11-1986, núm. 281, [pág. 38959] NOTAS REDACCION: Véase Disposición Transitoria. RESUMEN:

ABORTO

Centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la practica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

AFECTA:

- Deroga Orden 31-7-1985 (RCL 1985\1924).

- Modifica Orden 16-6-1986 (RCL 1986\2173). TEXTO:

La sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril (RTC 1985\53), exige la comprobación del supuesto de hecho en los casos de aborto terapéutico y eugenésico, así como que el aborto se realice en centros sanitarios públicos o privados autorizados al efecto o mediante otra solución similar dentro del marco constitucional. Concretamente, la sentencia recuerda «el deber del Estado de garantizar que la realización del aborto se llevará a cabo dentro de los límites previstos por el legislador y en las condiciones médicas adecuadas para la salvaguardia del derecho a la vida y a la salud de la mujer».

El artículo 417 bis del Código Penal (RCL 1985\1715) declara expresamente no punible la práctica del aborto en los supuestos de «grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada», «delito de violación» y «presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas»; determina las comprobaciones previas que han de constar, exige el consentimiento expreso de la mujer embarazada y la realización del aborto por el Médico o bajo su dirección en centros o establecimientos públicos o privados acreditados.

El presente Real Decreto viene a precisar y facilitar el estricto cumplimiento de los requisitos legales y sanitarios exigibles en los casos y circunstancias a que se refiere la citada Ley, así como la correspondiente adecuación de la estructura asistencial y sanitaria, habida cuenta de la experiencia acumulada desde la publicación de la Orden de 31 de julio de 1985 (RCL 1985\1924), siguiendo las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y organizaciones profesionales de carácter internacional, y la entrada en vigor de la Ley 14/1986, de 25 de abril (RCL 1986\1316), General de Sanidad, de acuerdo con lo previsto en sus artículos 29.2, 40.7 y disposición final cuarta.

Como es lógico, los referidos requisitos o exigencias no son de aplicación en los supuestos de exención de responsabilidad, ni en la legítima atención o intervención médica o quirúrgica.

En su virtud, previo informe favorable del Ministerio de Justicia y a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 21 de noviembre de 1986, dispongo:

I De los centros acreditados para la práctica leal de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 1. A los efectos de lo dispuesto en el artículo 417 bis del Código Penal podrán ser acreditados:

1. Para la realización de abortos que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen doce semanas de gestación, los centros o establecimientos sanitarios privados que cuenten al menos con los siguientes medios personales y materiales:

1.1 Un Médico especialista en Obstetricia y Ginecología y personal de enfermería, Auxiliar sanitario y Asistente social.

1.2 Los locales, instalaciones y material sanitario adecuado.

1.2.1 El lugar donde esté ubicado reunirá las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario.

1.2.2 El centro o establecimiento sanitario dispondrá como mínimo de un espacio físico que incluya:

- Un espacio de recepción.
- Un despacho para información y asesoramiento.
- Una sala adecuada para la realización de la práctica abortiva. - Una sala para el descanso y recuperación tras la misma.

1.2.3 Se contará al menos con el siguiente utillaje básico, además del propio de una consulta de medicina de base:

- Material necesario para realizar exploraciones ginecológicas. - Material necesario para realizar la práctica abortiva.
- Material informativo y didáctico.

1.3 Las prestaciones correspondientes de análisis clínicos, anestesia y reanimación. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.

1.4 Un centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

2. Para la realización de abortos en embarazos con alto riesgo para la embarazada o con más de doce semanas de gestación, los centros o establecimientos sanitarios privados que cuenten al menos con los siguientes medios personales y materiales.

2.1 Las unidades de Obstetricia y Ginecología, laboratorio de análisis, anestesia y reanimación y banco o depósito de sangre correspondientes.

2.2 Las unidades o instalaciones de enfermería y hospitalización correspondientes.

Artículo 2. 1. Los centros o establecimientos públicos que cumplan los requisitos contenidos en el artículo anterior quedarán acreditados automáticamente para la práctica del aborto.

Las autoridades sanitarias publicarán periódicamente relaciones de los centros o establecimientos públicos acreditados para la práctica del aborto.

2. De conformidad con las competencias que corresponden a las Comunidades Autónomas, la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo los requisitos determinados en el artículo 1.º de esta disposición, lo hayan solicitado previamente.

Artículo 3. 1. Todos los centros y servicios acreditados se someterán a la inspección y control de las Administraciones sanitarias competentes, en aplicación de lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley General de Sanidad (RCL 1986\1316).

2. La acreditación quedará condicionada al mantenimiento de los requisitos mínimos y al efectivo cumplimiento de las condiciones médicas adecuadas para la salvaguarda de la vida y salud de la mujer.

Artículo 4. 1. Con independencia de las notificaciones que procedan conforme a la Orden de 16 de junio de 1986 (RCL 1986\2173), en los centros o establecimientos públicos o privados acreditados se conservará la historia clínica y los dictámenes, informes y documentos que hayan sido precisos para la práctica legal del aborto, así como el relativo al consentimiento expreso de la mujer embarazada. En los casos de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (RCL 1985\1715).

2. Se mantendrá la confidencialidad de esta información conforme al artículo 10.3 de la Ley General de Sanidad.

Artículo 5. En el ámbito de cada Comunidad Autónoma, la autoridad sanitaria velará por la disponibilidad de los servicios necesarios incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica del aborto en los plazos legalmente establecidos.

II. De la emisión de los dictámenes preceptivos

Artículo 6. 1. En el supuesto de que el aborto se practique para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, se consideran acreditados para emitir el dictamen los Médicos de la especialidad correspondiente.

2. En el caso de que el aborto se practique por presumirse que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, el dictamen habrá de ser emitido por dos Médicos especialistas de un centro o establecimiento sanitario público o privado acreditado al efecto. Esta acreditación por el órgano competente de las Comunidades Autónomas se entiende específica e independiente de la acreditación para la práctica del aborto. Esta acreditación específica se concederá a los centros públicos o privados que cuenten, según las pruebas diagnósticas complementarias que en cada caso se requieran, con los siguientes medios o métodos de diagnóstico:

2.1 Técnicas de ecografía o similares para el diagnóstico de las malformaciones fetales.

- 2.2 Técnicas bioquímicas apropiadas para el diagnóstico de enfermedades metabólicas.
- 2.3 Técnicas de citogenética para el diagnóstico de alteraciones cromosómicas.
- 2.4 Técnicas analíticas precisas para el diagnóstico de malformaciones de origen infeccioso.

3. En todos los casos a que se refieren los apartados 1 y 2 de este artículo, el diagnóstico será de presunción de riesgo y estimado en criterios de probabilidad.

III. De la información

Artículo 7. Las Comunidades Autónomas, en aplicación del artículo 40.9 de la Ley General de Sanidad darán conocimiento a la Administración Sanitaria Central de los centros acreditados conforme a los artículos 2.º y 6.º del presente Real Decreto.

Artículo 8. En el ámbito de cada Comunidad Autónoma, la autoridad sanitaria competente garantizará que en sus dependencias públicas y centros sanitarios esté disponible y actualizada una relación de centros o establecimientos públicos o privados acreditados para la práctica legal del aborto.

Artículo 9. Los profesionales sanitarios habrán de informar a las solicitantes sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarle. Informarán asimismo de las exigencias o requisitos que, en su caso, son exigibles, así como la fecha y el centro o establecimiento en que puedan practicarse.

La no realización de la práctica del aborto habrá de ser comunicada a la interesada con carácter inmediato al objeto de que pueda con el tiempo suficiente acudir a otro Facultativo.

En todo caso se garantizará a la interesada el secreto de la consulta.

DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogada la Orden de 31 de julio de 1985 ([RCL 1986\1924](#)) sobre la práctica del aborto en centros o establecimientos sanitarios y, en lo que se oponga a lo dispuesto en este Real Decreto, la Orden de 16 de junio de 1986 ([RCL 1986\2173](#)) sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio ([RCL 1985\1715](#)).

DISPOSICIONES FINALES

Primera.-Se potenciará el funcionamiento de los medios de asistencia social, la orientación familiar y la colaboración con aquellos Médicos especialistas que puedan verificar las orientaciones, informaciones y dictámenes precisos en cada caso.

Segunda.-El presente Real Decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

ANEXO 4

Centros privados acreditados para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid

CENTRO MÉDICO PACIFICO
(Av. Olímpica, nº 4 - posterior. 28935 Móstoles)

CENTRO CLÍNICO EL BOSQUE
(C/ Alonso Saavedra, nº 29. 28033 Madrid)

CLÍNICA CALLAO
(C/ Concepción Arenal nº 8. 28004 Madrid)

CLINICA GINECOLÓGICA IBIZA
(C/ Ibiza, nº 1 – bajo. 28001 Madrid)

CLÍNICA MAYRIT
(C/ Toledo nº 135 dpdo. 28005 Madrid)

CLÍNICA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA ISADORA
(C/ Pirineos nº 7. 28040 Madrid)

DATOR MÉDICA
(C/ Hermano Gárate, nº4. 28020 Madrid)

ANEXO 5

Protocolo de notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo



NOTIFICACION DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

DE ACUERDO CON LA LEY ESTE IMPRESO ES ANONIMO Y CONFIDENCIAL
R. D. 2409/1986

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LEANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO
ESCRIBIR EN MAYUSCULAS CON BOLIGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA
NO ESCRIBIR EN ESPACIOS SOMBRADOS

LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETIN NO PODRAN SER HECHOS PUBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGUN CASO. UNICAMENTE SERAN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADISTICOS

NUMERO DE REGISTRO INTERNO ESTE NUMERO SERA EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACION DE INFORMACION

CODIGO DEL CENTRO 16

A. DATOS DE LA EMBARAZADA

FECHA DE NACIMIENTO		DIA MES AÑO			MUNICIPIO		27			
CONVIVE EN PAREJA		25 SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			LUGAR DE RESIDENCIA		31			
ESTADO CIVIL		28 <input checked="" type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> SEPARADA <input type="checkbox"/>			CODIGO POSTAL		33			
NIVEL DE INSTRUCCION (1)		38 <input checked="" type="checkbox"/> ANALFABETA <input type="checkbox"/> 1º GRADO <input type="checkbox"/> 2º GRADO/2º CICLO <input type="checkbox"/> 3º GRADO (Facultades, Esc. Tec. Sup. o equivalentes y postgraduadas) <input type="checkbox"/>			NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS		<input checked="" type="checkbox"/>			
SITUACION LABORAL (2)		MUJER 39 PAREJA O SUSTENTADOR 40 NO EXISTE <input type="checkbox"/>			TIENE INGRESOS ECONOMICOS PROPIOS		41 SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> PATRONA/O PROFESIONAL QUE EMPLEA PERSONAL <input type="checkbox"/> EMPRESARIA/O O PROFESIONAL QUE NO EMPLEA PERSONAL <input type="checkbox"/> PERSONA QUE TRABAJA A SUELDO, JORNAL, COMISION U OTRA CLASE CUALQUIERA DE REMUNERACION <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> PARADA/O EN BUSCA DE SU PRIMER EMPLEO REMUNERADO <input type="checkbox"/> SUS LABORES <input type="checkbox"/> OTRAS (3)		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8			N° DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD 42 FECHA DEL ULTIMO PARTO 44 DIA MES AÑO		N° DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL 50 FECHA DEL ULTIMO ABORTO VOLUNTARIO 52 DIA MES AÑO		¿HA ACUDIDO A UN SERVICIO O CENTRO SANITARIO PARA UTILIZACION O CONTROL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LOS DOS ULTIMOS AÑOS? SI 58 <input type="checkbox"/> PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> OTROS NO <input type="checkbox"/>	

B. DATOS DE LA INTERVENCION

¿DONDE SE INFORMO POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?		59 <input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO PUBLICO <input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO PRIVADO <input type="checkbox"/> OTROS		SEMANAS DE GESTACION EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCION ESTIMADAS POR EL MEDICO		60		
MOTIVOS DE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO		80 <input type="checkbox"/> PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD FISICA O PSIQUICA DE LA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> PRESUNCION DE QUE EL FETO HABRA DE NACER CON GRAVES TARAS <input type="checkbox"/> VIOLACION		FECHA DE INGRESO 62 FECHA DE LA INTERVENCION 68 FECHA DE ALTA 74		DIA MES AÑO		
MOTIVO DE LA CAUSA		16		CAUSA		20		
METODO EMPLEADO EN LA INTERVENCION		24 <input checked="" type="checkbox"/> ASPIRACION O MINIASPIRACION POR JERINGA <input type="checkbox"/> LEGRADO <input type="checkbox"/> INYECCION INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> HISTEROTOMIA <input type="checkbox"/> DILATACION <input type="checkbox"/> ABORTIVOS ORALES <input type="checkbox"/> INYECCION INTRAUTERINA <input type="checkbox"/> HISTERECTOMIA		NOTA: MARQUESE UNICAMENTE EL ULTIMO METODO UTILIZADO EN LA IVE				

**INFORME:****BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2001****INDICE**

Resumen	41
Introducción	43
Brotos de origen alimentario	
Incidencia	43
Tipo de brote	43
Tipo de notificador	43
Lugar de consumo del alimento	44
Agente causal.....	45
Alimento implicado	45
Factores contribuyentes	46
Medidas de control	46
Distribución temporoespacial	46
Comentarios sobre los brotes con mayor nº afectados	49
Brotos en centros escolares	50
Comparación con el año anterior	50
Conclusiones y recomendaciones	52
Brotos de origen no alimentario	
1.1. Incidencia.....	53
1.2. Tipo de notificador	53
1.3. Agente causal.....	53
1.4. Colectivo afectado	54
1.5. Distribución geográfica	55
1.6. Comentario sobre los brotes más frecuentes	56
1.6.1. Parotiditis	56
1.6.2. Gastroenteritis aguda	58
1.6.3. Neumonía.....	58
1.7. Comparación con el año anterior.....	58
1.8. Conclusiones y recomendaciones	59

RESUMEN

Objetivos: Conocer la incidencia y características epidemiológicas de los brotes en la Comunidad de Madrid, determinar los factores de riesgo fundamentales en la aparición de los mismos y recomendar medidas de control adecuadas.

Resultados: En el año 2001 se han notificado un total de 270 brotes con 4.746 afectados y 158 hospitalizaciones, el origen fue alimentario o hídrico en el 54,1% (146) de los mismos. En el año 2001 se notificaron 146 **brotes de origen alimentario**, estos ocasionaron 3.250 enfermos y 141 ingresos hospitalarios. Los principales notificadores han sido los profesionales sanitarios (49,3%), seguidos de los particulares (21,9%) y ayuntamientos (15,78%). En el 73,9% de los brotes estuvo implicado algún colectivo. En los colegios o guarderías y en los bares o restaurantes fue donde se observaron el mayor número de casos. En guarderías o colegios se produjeron 25 brotes, que ocasionaron 1.964 enfermos, y en bares o restaurantes 58 brotes con 506 afectados. Se confirmó el agente etiológico en el 61,5% de los brotes (90), siendo los agentes fundamentales la *Salmonella* (1682 enfermos) y el *Campylobacter* (194 enfermos). Se investigaron los posibles factores relacionados con la aparición de los diferentes brotes, detectándose como factores más habituales las prácticas incorrectas de manipulación, la conservación a temperatura ambiente, la preparación del alimento con excesiva antelación, la limpieza y la desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios. Las áreas con mayor número de brotes colectivos o mixtos fueron la 6 (19 Brotes) la 7 (18 brotes) y la 5 (15 brotes).

En el año 2001 se notificaron 124 **brotes de origen no alimentario**, que ocasionaron 1.496 enfermos y 17 ingresos hospitalarios. Los brotes más frecuentes fueron los de parotiditis (78 brotes y 645 enfermos), seguidos de los brotes de gastroenteritis aguda (13 brotes y 613 enfermos). En estos brotes los principales notificadores han sido los profesionales sanitarios (43,7%) seguidos de instituciones como colegios y residencias (36,5%) y particulares (7,1%). El colectivo más afectado por estos brotes fue el escolar (97 brotes), de los que 72 fueron brotes de parotiditis, 9 de gastroenteritis aguda y 4 de neumonía. Las áreas con mayor número de brotes han sido la 6 (23 brotes) y la 4 (21 brotes).

Conclusiones y recomendaciones: En el año 2001 se observa un incremento del número de **brotes de origen alimentario** notificados al comparar con los años anteriores. Especial trascendencia tienen los brotes detectados en los centros escolares, que mantienen una tendencia ascendente desde 1999 y contribuyen con el mayor número de población afectada. Los brotes ocasionados en este ámbito son evitables con medidas de intervención adecuadas, siendo recomendable priorizar las inspecciones de los centros escolares por la magnitud de los casos asociados a los mismos. Así mismo deben potenciarse las inspecciones en los bares y restaurantes de las áreas sanitarias 5 y 7, ya que presentaron el mayor número de brotes relacionados con estos establecimientos. En este año se ha producido una mejora en la proporción de brotes con agente causal confirmado (61,5% en 2001 frente a 53,2% en 2000). Sin embargo, siguen observándose retrasos importantes en la notificación de brotes (el 39,7% se notifican después de 5 días de detectado el primer caso) que imposibilitan el diagnóstico de confirmación y la toma de medidas de control oportunas. En este aspecto, los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental, al notificar de manera precoz la sospecha de brotes de cualquier etiología.

En los **brotos de origen no alimentario** han sido mayoritarios los brotes de parotiditis, que se han producido en los meses de febrero a junio. En estos brotes se ha estudiado la incidencia según la cepa de vacuna administrada, observándose que la incidencia es 5 veces mayor en los vacunados con una dosis de vacuna frente a la parotiditis con cepa Rubini en relación a los vacunados con una dosis de vacuna frente a la parotiditis con cepa Jeryl Lynn. En la Comunidad de Madrid se utiliza, desde abril de 1999, únicamente la cepa Jeryl Lynn, salvo contraindicación expresa de uso de la misma. En noviembre de 1999 se realizó una modificación del calendario de vacunaciones infantiles, recomendándose la segunda dosis de triple vírica a los 4 años de edad. Esta medida ha motivado que la mayoría de los niños vacunados con una única dosis de vacuna frente a la parotiditis con cepa Rubini, cuenten en la actualidad con una dosis de vacuna con cepa Jeryl Lynn.

1. INTRODUCCION

En el año 2001 se notificaron un total de 270 brotes, con 4.746 casos asociados y 158 hospitalizaciones. El 54,1% fueron de origen alimentario o hídrico. En el año 2000 se notificaron 219 brotes epidémicos (el 50,7% de origen alimentario o hídrico), con 2.625 casos asociados y 142 hospitalizaciones.

2. BROTES DE ORIGEN ALIMENTARIO

2.1. INCIDENCIA

En el año 2001 se notificaron 143 brotes de origen alimentario y 3 de origen hídrico, que afectaron a 3.250 personas (64,7 casos por 100.000 habitantes) y ocasionaron 141 ingresos hospitalarios (4,3% de los casos).

2.2. TIPO DE BROTE

En el 73,9% de los brotes estuvo implicado algún colectivo. Los brotes colectivos y mixtos fueron responsables del 93,1% de los casos y del 68,8% de las hospitalizaciones (tabla 1).

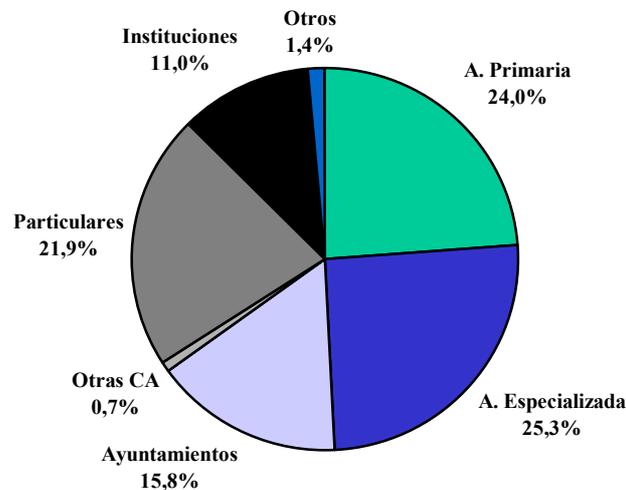
De los 190 casos asociados a brotes familiares requirieron ingreso hospitalario 44 (23,2%), siendo este porcentaje superior al observado en los casos asociados a brotes colectivos y mixtos (de 3060 casos ingresaron 97, lo que supone un 3,2%).

Tabla 1. Brotes de origen alimentario. Distribución según el tipo de brote. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiar	38	26,0	190	5,8	249	2,3	44	31,2
Colectivo	97	66,4	2922	89,9	10116	95,1	74	52,5
Mixto	11	7,5	138	4,2	277	2,6	23	16,3
Total	146	100,0	3250	100,0	10642	100,0	141	100,0

2.3. TIPO DE NOTIFICADOR

El 49,3% de los brotes fueron notificados por el sistema sanitario (figura 1), el 21,9% por particulares, el 15,78 por Ayuntamientos y el 11,0% por otras instituciones (colegios, residencias, etc).

Figura 1. Brotes de origen alimentario. Tipo de notificador Comunidad de Madrid. Año 2001.

2.4. LUGAR DE CONSUMO DEL ALIMENTO

En el 39,7% de los brotes el alimento se consumió en bares, restaurantes y similares, en el 31,5% en el domicilio particular y en el 17,1% en colegios y guarderías (tabla 2). El mayor número de casos se observó en los brotes asociados al consumo en colegios y guarderías (60,4%), seguido por el consumo en bares, restaurantes y similares (15,6%). Los casos que requieren con mayor frecuencia ingresos hospitalarios son los que se producen en los brotes asociados a consumo en el domicilio (62 de 267), seguido de los asociados a consumo en bares, restaurantes y similares (32 de 506).

Tabla 2. Brotes de origen alimentario. Distribución según el lugar de consumo del alimento. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bares, restaurantes y similares	58	39,7	506	15,6	1352	12,7	32	22,7
Domicilio	46	31,5	267	8,2	344	3,2	62	44,0
Colegios y guarderías	25	17,1	1964	60,4	5909	55,5	29	20,6
Residencias de ancianos	1	0,7	10	0,3	54	0,5	0	0,0
Otras residencias	4	2,7	153	4,7	483	4,5	5	3,5
Instituciones militares	1	0,7	54	1,7	54	0,5	3	2,1
Comedores de empresa	1	0,7	6	0,2	550	5,2	0	0,0
Otros lugares	10	6,8	290	8,9	1896	17,8	10	7,1
Total	146	100,0	3250	100,0	10642	100,0	141	100,0

2.5. AGENTE CAUSAL

En 90 brotes (61,5%) se confirmó el agente etiológico. Se pudo determinar la etiología de 30 de los 38 brotes familiares (78,9%) y de 60 de los 108 brotes colectivos o mixtos (55,5%). El agente identificado con más frecuencia fue *Salmonella*, seguido de *Campylobacter* (tabla 4). De los 83 brotes en los que se confirmó *Salmonella*, en 51 se identificó *S enteritidis*, en uno *S heidelberg* y en uno *S typhimurium*.

Tabla 3. Brotes de origen alimentario. Agente causal confirmado. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Salmonella</i>	83	92,2	1682	88,1	4819	86,1	127	100,0
<i>Campylobacter</i>	3	3,3	194	10,2	648	11,6	0	0,0
<i>Clostridium perfringens</i> *	1	1,1	17	0,9	24	0,4	0	0,0
<i>C parvum</i> y <i>G lamblia</i>	1	1,1	5	0,3	80	1,4	0	0,0
Agentes químicos	1	1,1	1	0,1	1	0,0	0	0,0
Histamina	1	1,1	11	0,6	25	0,4	0	0,0
Total	90	100,0	1910	100,0	5597	100,0	127	100,0

*Se detectó enterotoxina de *C perfringens*

Entre los 56 brotes en los que no se pudo confirmar el agente, por la forma de presentación se sospechó *Salmonella* en 5, *S aureus* en 4, virus en 4, niveles altos de histamina en 2, *C perfringens* en 1, *Campylobacter* en 1, *V parahaemolyticus* en 1 y agentes químicos en 1.

2.6. ALIMENTO IMPLICADO

El alimento implicado se confirmó en 33 de los 146 brotes (22,6%) por aislamiento y/o epidemiológicamente (tabla 4).

Tabla 4. Brotes de origen alimentario. Distribución según el alimento confirmado. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Familiar	Colectivo	Mixto	Total
Huevos/Ovoproductos	6	10	0	16
Repostería	0	5	0	5
Carnes de ave	0	3	1	4
Moluscos y crustáceos	0	1	0	1
Pescados cocinados	0	1	0	1
Arroces y pastas	0	1	0	1
Platos precocinados	0	0	1	1
Bebidas alcohólicas	0	1	0	1
Carnes	0	1	0	1
Más de un alimento	0	1	1	2
Total	6	24	3	33

Se confirmó sólo por laboratorio en 11 brotes, sólo epidemiológicamente en 15 y por laboratorio y epidemiológicamente en 7. El grupo de alimentos más frecuentemente implicado fue el de huevos y ovoproductos (16 brotes). Se aisló *Salmonella* en alimentos

preparados con huevo u ovoproductos (8 brotes), carne de ave (2 brotes), otras carnes (1 brote), langostinos (1 brote), macarrones (1 brote) y productos de repostería (3 brotes). Se detectaron niveles altos de histamina en un brote relacionado con el consumo de bonito y líquido cáustico en una botella de vino.

2.7. FACTORES CONTRIBUYENTES

Se dispone de información sobre factores contribuyentes en 85 de los 146 brotes (58,2%). Los factores más habituales son las prácticas incorrectas de manipulación, la conservación a temperatura ambiente, la preparación de los alimentos con excesiva antelación a su consumo la limpieza y la desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios en los brotes colectivos o mixtos y la utilización de ingredientes contaminados y la conservación a temperatura ambiente en los brotes familiares (tabla 5).

Tabla 5. Brotes de origen alimentario. Factores contribuyentes por tipo de brote. Comunidad de Madrid. Año 2001

Factores contribuyentes	Familiar	Colectivo/Mixto	Total
Prácticas incorrectas de manipulación	0	31	31
Conservación a temperatura ambiente	6	23	29
Preparación de los alimentos con excesiva antelación a su consumo	0	19	19
Limpieza y desinfección insuficiente de instalaciones y utensilios	0	18	18
Contaminación cruzada	1	12	13
Cocinado insuficiente	5	5	10
Desproporción elaboración nº comidas/capacidad de trabajo del local	0	10	10
Mantenimiento inadecuado de la comida caliente	1	8	9
Ingredientes contaminados	7	1	8
Consumo de alimentos crudos	5	0	5
Desproporción alimentos en refrigeración/capacidad refrigeradora	0	4	4
Deficiencia sanitaria agua de bebida	0	3	3
Manipulador infectado (siempre que no sea afectado)	0	2	2
Enfriamiento inadecuado después de la preparación	0	2	2
Interrupción de la cadena del frío	0	2	2
Otros	0	8	8

2.8. MEDIDAS DE CONTROL

Las medidas de control más frecuentes son la inspección de establecimientos y la educación sanitaria. Se llevó a cabo el cierre del establecimiento en 4 brotes, destrucción o inmovilización del alimento en 5 y cloración en 2.

2.9. DISTRIBUCIÓN TEMPOROESPACIAL

Los meses en los que se notificaron un mayor número de brotes fueron junio y septiembre (figura 2). En junio se notificaron 17 brotes colectivos o mixtos y 2 familiares y en septiembre 8 colectivos o mixtos y 12 brotes familiares.

Las áreas de salud más afectadas fueron la 6, la 7 y la 2 (figura 3). El mayor número de brotes familiares se presentó en el área 2 (10 brotes) y el mayor número de brotes colectivos o mixtos en las áreas 6 (19 brotes), 7 (18 brotes) y 5 (15 brotes). El distrito sanitario más afectado por brotes familiares fue Coslada (6 brotes) y los más afectados por brotes colectivos o mixtos fueron Majadahonda (12 brotes) y Centro (9 brotes).

Las áreas con mayor número de brotes asociados a bares, restaurantes y similares fueron la 7 (12 brotes) y la 5 (10 brotes). Los distritos más afectados fueron Centro (7 brotes), Tetuán (5 brotes) y Chamartín (5 brotes). El área con mayor número de brotes relacionados con centros escolares fue la 6 (13 brotes) y el distrito más afectado fue Majadahonda (8 brotes).

En la tabla 6 se muestran las tasas de incidencia de casos asociados a brotes de origen alimentario por área de salud y tipo de brote. Las áreas 2 y 6 presentaron tasas de incidencia superiores a 9 casos asociados a brotes familiares por 100.000 habitantes. La mayor tasa de incidencia de casos asociados a brotes colectivos y/o mixtos se observó en el área 6 (339,9), seguido del área 8 (77,0).

Figura 2. Brotes de origen alimentario. Distribución temporal. Comunidad de Madrid. Año 2001.

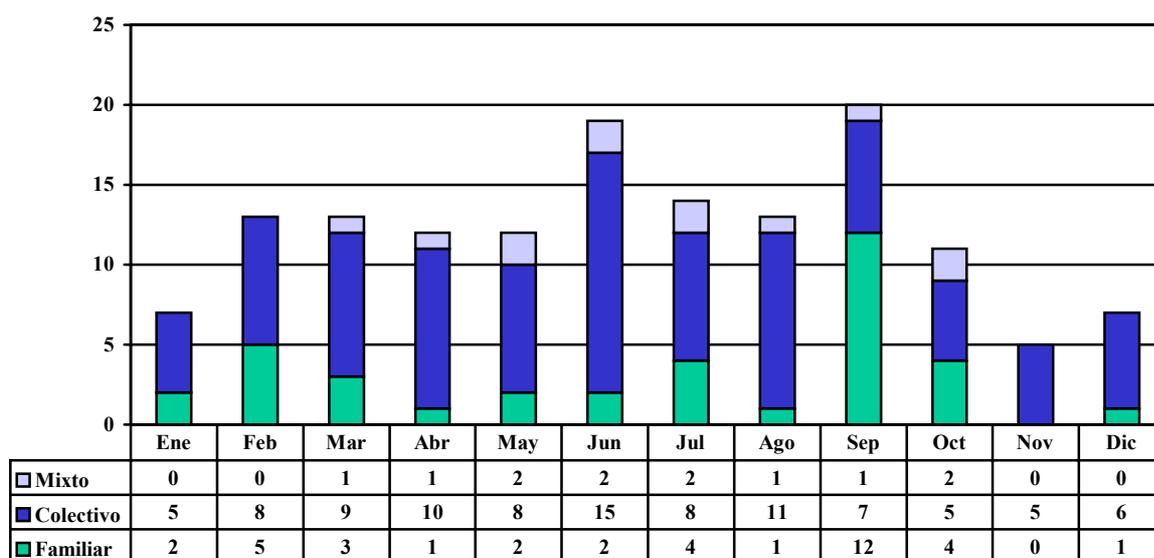


Figura 3. Brotes de origen alimentario. Distribución geográfica. Comunidad de Madrid. Año 2001.

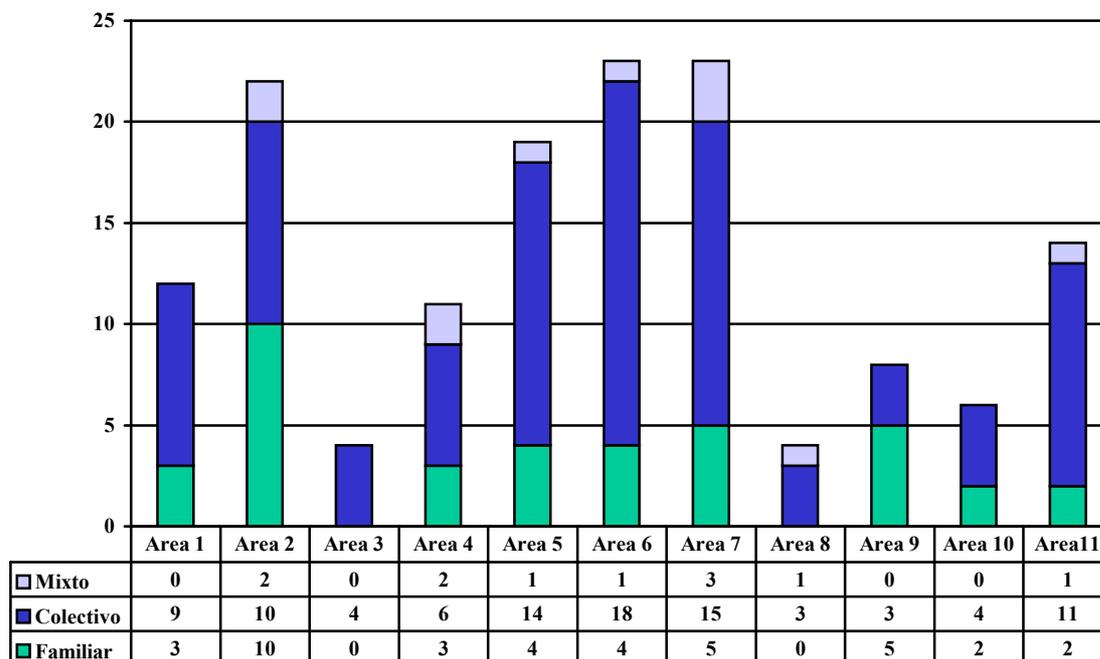
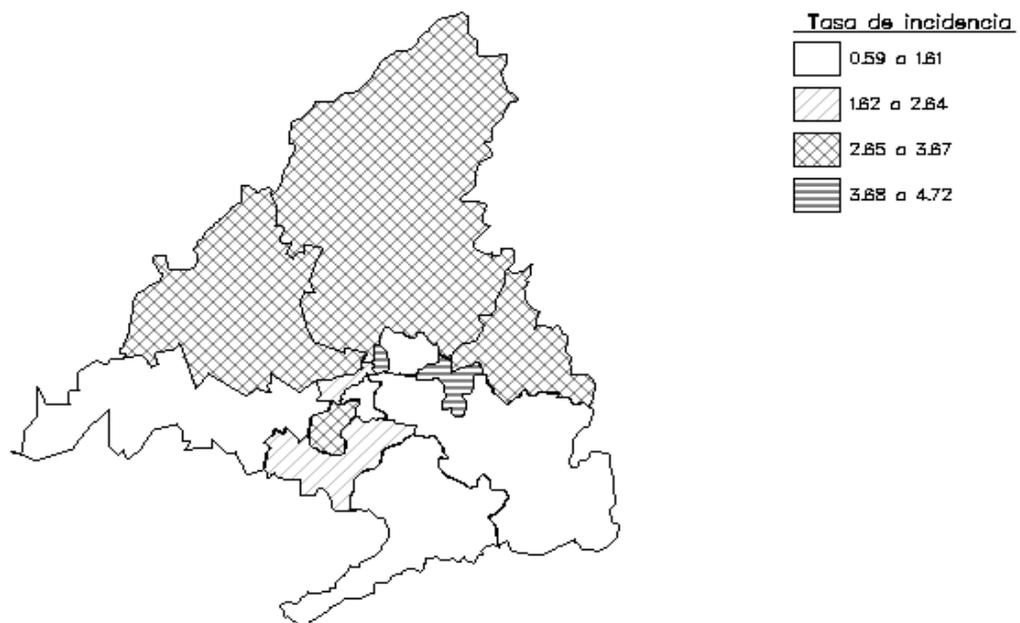


Tabla 6. Brotes de origen alimentario. Nº de casos por 100.000 habitantes, por Área de localización del colectivo afectado. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Familiares		Colectivos y mixtos		Total	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Área 1	19	2,98	51	8,01	70	10,99
Área 2	37	9,20	187	46,49	224	55,68
Área 3	0	0,00	39	14,46	39	14,46
Área 4	22	4,34	397	78,24	419	82,58
Área 5	13	2,15	205	33,83	218	35,98
Área 6	39	9,38	1414	339,93	1453	349,31
Área 7	18	3,44	236	45,10	254	48,54
Área 8	0	0,00	308	77,04	308	77,04
Área 9	27	7,79	33	9,52	60	17,30
Área 10	5	2,01	111	44,57	116	46,58
Área 11	10	1,50	79	11,88	89	13,38
Total	190	3,78	3060	60,93	3250	64,71

En el mapa 1 se presentan las tasas de incidencia de brotes de origen alimentario por área de salud. La tasa global de la Comunidad de Madrid es de 2,91 brotes por 100.000 habitantes. Las áreas que presentan mayores tasas son la 6 (5,53), la 2 (5,47) y la 7 (4,40).

Mapa 1. Brotes de origen alimentario. Tasas de incidencia por área de salud. Comunidad de Madrid. Año 2001**2.10. COMENTARIO SOBRE LOS BROTES CON MAYOR NÚMERO DE AFECTADOS**

Se notificaron 11 brotes con más de 100 afectados y 9 brotes con 50-100 afectados. El agente etiológico se pudo confirmar en 12 brotes (en 10 se aisló *Salmonella* y en 2 *Campylobacter*).

De los 11 brotes con más de 100 afectados, 8 estuvieron relacionados con centros escolares ubicados en el área 6. En los 3 brotes restantes estuvieron implicados un centro escolar del área 4, una residencia universitaria del área 8 y un restaurante del área 7. De los brotes con 50-100 afectados, 5 estuvieron relacionados con centros escolares, dos fueron comunitarios, uno tuvo lugar en la celebración de una boda y uno ocurrió en una institución militar.

Los factores que más frecuentemente contribuyeron a la aparición de estos brotes fueron las prácticas incorrectas de manipulación (8 brotes), la conservación de los alimentos a temperatura ambiente (7 brotes) y la contaminación cruzada (5 brotes).

2.11. BROTES EN CENTROS ESCOLARES

En la tabla 7 se presentan los brotes en los que estuvieron implicados centros escolares en 2000 y 2001. En 2001 se produjeron 10 brotes y 1379 casos más que en 2000. La proporción de casos que requirieron ingreso hospitalario fue menor (1,6% en 2001 y 6,6% en 2000). El agente responsable se confirmó en 18 brotes (Salmonella en 14, Campylobacter en 3 y *C parvum* y *G lamblia* en 1). Los factores contribuyentes más frecuentes fueron las prácticas incorrectas de manipulación (13 brotes), la preparación de los alimentos con excesiva antelación a su consumo (5 brotes), la conservación de los alimentos a temperatura ambiente (5 brotes) y la desproporción entre la elaboración del número de comidas y la capacidad de trabajo del local (5 brotes). El área 6 fue la más afectada, con 13 brotes, 1309 casos asociados y 26 ingresos hospitalarios.

Tabla 7. Brotes de origen alimentario en centros escolares. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001

Area	Año 2000				Año 2001			
	Nº brotes	Casos	Exp.	Hosp.	Nº brotes	Casos	Exp.	Hosp.
1	1	64	350	0	0	0	0	0
2	4	56	452	4	1	54	124	1
3	1	4	85	0	1	8	17	0
4	2	78	495	2	4	346	760	1
5	4	180	733	32	1	54	98	0
6	1	33	64	0	13	1309	4012	26
7	1	63	189	0	0	0	0	0
8	1	15	34	0	2	109	266	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0
10	2	125	327	3	2	88	287	0
11	0	0	0	0	3	29	560	3
Total	17	618	2729	41	27	1997	6124	31

2.12. COMPARACIÓN CON EL AÑO ANTERIOR

Durante el año 2001 se notificaron 35 brotes más que en el año 2000 (tablas 8). Se notificaron 1,6 casos más asociados a brotes familiares (190 en 2001 y 119 casos en 2000) y 2,2 casos más asociados a brotes colectivos y mixtos (3060 en 2001 y 1381 casos en 2000). Se observa un descenso en la proporción de casos asociados a brotes colectivos y mixtos que ingresaron en 2001 en relación con la observada en 2000 (3,2% en 2001 y 6,0% en 2000).

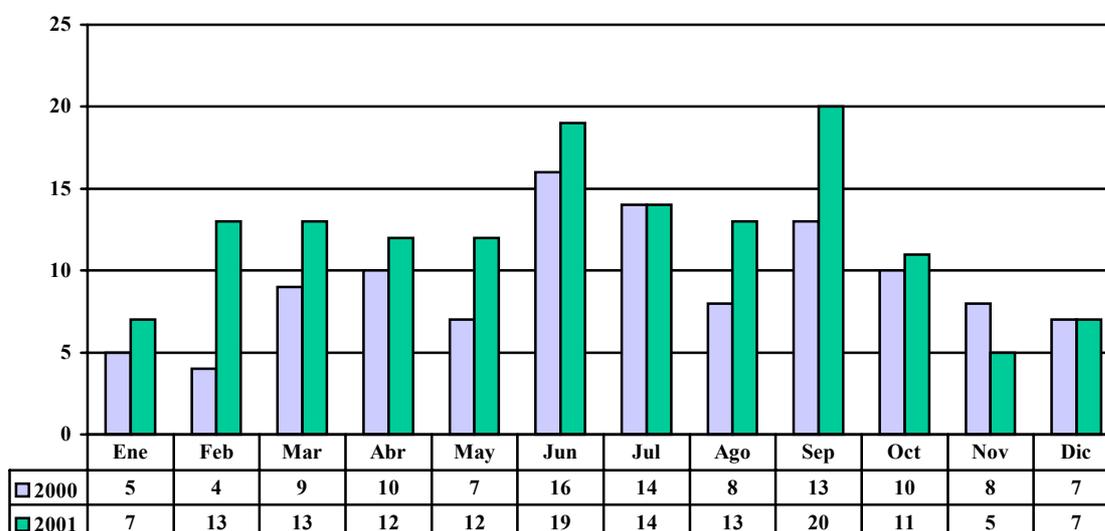
En relación con el lugar de consumo del alimento, se observa un incremento en el número de brotes ocurridos en bares, restaurantes y similares, en el domicilio y en colegios y guarderías (tabla 9). El número de casos asociados al consumo de alimentos en centros escolares fue 3,3 veces superior en 2001 con respecto a 2000 (618 casos en 2000 y 1997 en 2001).

Tabla 8. Brotes de origen alimentario. Distribución por tipo de brote. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001.

	Año 2000			Año 2001		
	Brotos	Casos	Hospit.	Brotos	Casos	Hospit.
Familiar	28	119	23	38	190	44
Colectivo	73	1323	74	97	2922	74
Mixto	10	58	9	11	138	23
Total	111	1500	106	146	3250	141

Tabla 9. Brotes de origen alimentario. Distribución por lugar de consumo. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001.

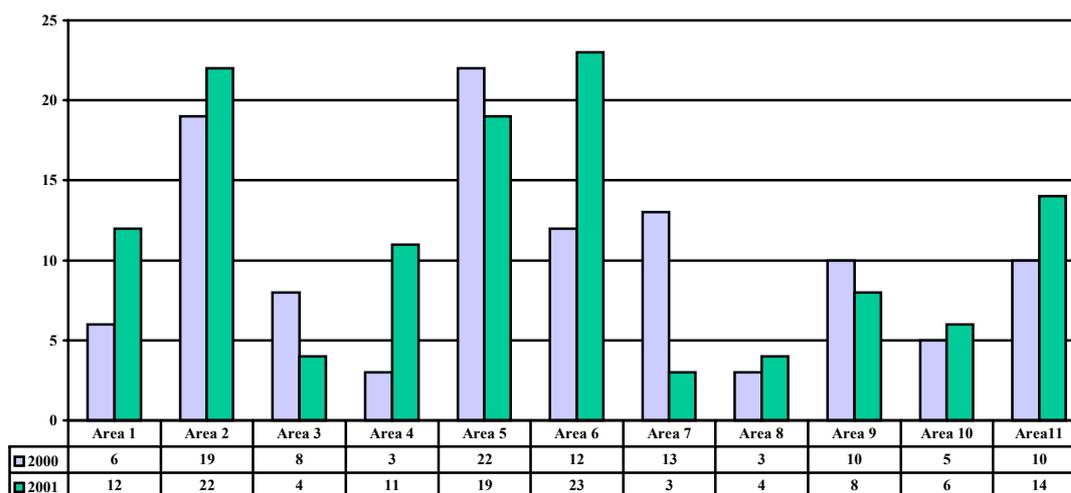
	Año 2000		Año 2001	
	Brotos	Casos	Brotos	Casos
Bares, restaurantes y similares	47	490	58	506
Domicilio	38	171	46	267
Colegios y guarderías	15	591	25	1964
Residencias de ancianos	0	0	1	10
Otras residencias	0	0	4	153
Instituciones militares y penitenciarias	3	44	1	54
Comedores de empresa	2	42	1	6
Otros lugares	6	162	10	290
Total	111	1500	146	3250

Figura 4.- Brotes de origen alimentario. Distribución temporal. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001

En la figura 4 se presenta la distribución del número de brotes por mes del año. Destaca el incremento observado en el número de brotes notificados en los meses de febrero y septiembre. En febrero se notificaron 3 brotes familiares y 6 colectivos o mixtos más que en 2000 y en septiembre se notificaron 8 brotes familiares más.

En la figura 5 aparece el número de brotes notificados por área de salud. Destaca el incremento observado en las áreas 6 y 7. En el área 6 se notificaron 11 brotes colectivos o mixtos más y en el área 7 se notificaron 3 brotes familiares y 7 colectivos o mixtos más que en 2000.

Figura 5.- Brotes de origen alimentario. Distribución espacial. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001.



2.13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el año 2001 se observa un incremento en el número de brotes de origen alimentario notificados, tanto familiares como colectivos y mixtos. El número de casos se ha duplicado. El número de brotes relacionados con centros escolares ha aumentado, tendencia que ya se observó el año pasado en relación con 1999. La proporción de casos asociados a brotes en centros escolares ha sido del 60,4% (39,4% en 2000), si bien los factores que contribuyen más frecuentemente a la aparición de brotes en este ámbito son fácilmente evitables con medidas informativas y de educación sanitaria. Es recomendable priorizar las inspecciones de los centros escolares debido a la magnitud de los casos asociados a estos colectivos, así como las inspecciones de los bares, restaurantes y similares ubicados en las áreas 5 y 7, que presentaron el mayor número de brotes relacionados con éstos.

La proporción de brotes con agente causal confirmado ha aumentado (61,5% en 2001 y 53,2% en 2000). Se ha conseguido aislar el agente etiológico en el alimento sospechoso en el 12,3% (7,2% en 2000). A pesar de la mejora en la confirmación etiológica, la proporción de brotes de etiología desconocida sigue siendo elevada. La proporción de brotes notificados con un retraso superior a los 5 días desde el inicio del primer caso es del 39,7%. La disminución de este retraso es uno de los factores que pueden mejorar el conocimiento de los agentes responsables de estos brotes.

3. BROTES DE ORIGEN NO ALIMENTARIO

3.1. INCIDENCIA

En el año 2001 se notificaron 124 brotes de origen no alimentario, que ocasionaron 1496 casos y 17 ingresos hospitalarios (tabla 10). Los brotes más frecuentes fueron los de *parotiditis* (78 brotes), que originaron el 43,1% de los casos, seguidos de los de *gastroenteritis aguda* (13 brotes), responsables del 41,0% de los casos.

Tabla 10. Brotes de origen no alimentario. Comunidad de Madrid. Año 2001

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parotiditis	78	62,9	645	43,1	18661	76,7	7	41,2
Gastroenteritis aguda	13	10,5	613	41,0	2802	11,5	2	11,8
<i>Molluscum contagiosum</i>	3	2,4	67	4,5	742	3,1	0	0,0
Varicela	3	2,4	46	3,1	583	2,4	0	0,0
Neumonía	6	4,8	35	2,3	946	3,9	3	17,6
Eritema infeccioso	2	1,6	25	1,7	150	0,6	0	0,0
Escabiosis	6	4,8	21	1,4	134	0,6	3	17,6
Escarlatina	3	2,4	13	0,9	52	0,2	0	0,0
Dermatofitosis	4	3,2	13	0,9	61	0,3	0	0,0
Sarampión	2	1,6	7	0,5	174	0,7	1	5,9
Hepatitis A	2	1,6	5	0,3	13	0,1	0	0,0
Hepatitis C	1	0,8	4	0,3	4	0,0	0	0,0
Fiebre Q	1	0,8	2	0,1	2	0,0	1	5,9
Total	124	100,0	1496	100,0	24324	100,0	17	100,0

3.2. TIPO DE NOTIFICADOR

El sistema sanitario fue el principal notificador de brotes de origen no alimentario (43,7%), seguido de instituciones como colegios, residencias, etc (36,5%), particulares (7,1%) y ayuntamientos (5,6%).

3.3. AGENTE CAUSAL

El agente etiológico se confirmó por laboratorio en 52 brotes (41,9%). Los agentes causales identificados se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. Brotes de origen no alimentario. Agente causal. Comunidad de Madrid. Año 2001

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Virus de la parotiditis	33	63,5	335	63,6	8240	87,2	3	33,3
Calicivirus	1	1,9	74	14,0	257	2,7	0	0,0
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	4	7,7	29	5,5	314	3,3	1	11,1
<i>Salmonella sp</i>	1	1,9	28	5,3	126	1,3	0	0,0
Parvovirus B19	1	1,9	22	4,2	125	1,3	0	0,0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3	5,8	13	2,5	52	0,6	0	0,0

Virus del sarampión	2	3,8	7	1,3	174	1,8	1	11,1
<i>Sarcoptes scabiei</i>	2	3,8	6	1,1	113	1,2	3	33,3
Virus de la hepatitis A	2	3,8	5	0,9	13	0,1	0	0,0
Virus de la hepatitis C	1	1,9	4	0,8	4	0,0	0	0,0
<i>Coxiella burnetii</i>	1	1,9	2	0,4	2	0,0	1	11,1
<i>Microsporium canis</i>	1	1,9	2	0,4	25	0,3	0	0,0
Total	52	100,0	527	100,0	9445	100,0	9	100,0

Se confirmó el agente causal en el 42,3% de los brotes de parotiditis (33 de 78), en el 15,4% de los brotes de gastroenteritis aguda (2 de 13), en el 66,7% de los brotes de neumonía (4 de 6), en los 3 brotes de escarlatina, en los 2 de sarampión, en los 2 de hepatitis A, en el de hepatitis C, en el de fiebre Q, en 1 de los 2 brotes de eritema infeccioso, en 2 de los 6 brotes de escabiosis y en 1 de los 4 brotes de dermatofitosis.

El agente que causó el mayor número de brotes y de casos fue el virus de la parotiditis. Se confirmaron 4 brotes de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* en dos centros escolares, una familia y una comunidad de vecinos. En el área 3 se produjo un brote de fiebre Q en el ámbito familiar, con dos afectados, en los que la investigación epidemiológica no pudo identificar factores de riesgo comunes. Se confirmaron 3 brotes de escarlatina en las áreas 1, 2 y 3, que afectaron a niños de 2-5 años en el ámbito escolar. Se confirmaron 2 brotes familiares de hepatitis A en el área 5 y un brote de hepatitis C en una institución sanitaria que afectó a 4 oncológicos. En el área 6 se confirmó un brote de eritema infeccioso por parvovirus B19 con 22 afectados de 3 a 10 años de edad. Se notificó un brote de sarampión en el área 2 con dos afectados de 2 años y 22 años de edad relacionados con la asistencia a un gimnasio y otro en el área 7 que afectó a 5 miembros de 21 a 28 años de edad pertenecientes a 2 familias.

3.4. COLECTIVO AFECTADO

El colectivo más afectado por estos brotes fue el escolar (97 brotes), de los que 72 fueron brotes de parotiditis, 9 de gastroenteritis aguda y 4 de neumonía (tabla 12).

Tabla 12. Brotes de origen no alimentario. Distribución según colectivo afectado. Comunidad de Madrid. Año 2001.

Colectivo	Tipo de brote	Nº de brotes	Nº casos
Centro escolar	Parotiditis	72	621
	Gastroenteritis aguda	9	285
	<i>Molluscum contagiosum</i>	2	46
	Eritema infeccioso	2	25
	Varicela	1	24
	Neumonía	4	22
	Dermatofitosis	4	13
	Escarlatina	3	13
Residencia de ancianos	Gastroenteritis aguda	2	121
	Escabiosis	1	3
Otras instituciones	Varicela	2	22
	Parotiditis	2	8
	Gastroenteritis aguda	1	7
	Hepatitis C	1	4
Otros establecimientos colectivos	<i>Molluscum contagiosum</i>	1	21
	Sarampión	1	2
Familiar	Escabiosis	5	18
	Neumonía	2	13
	Parotiditis	2	7
	Sarampión	1	5
	Hepatitis A	2	5
	Fiebre Q	1	2
Otros	Gastroenteritis aguda	1	200
	Parotiditis	2	9
Total		124	1496

3.5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Las Áreas con mayor número de brotes han sido la 6 (23 brotes) y la 4 (21 brotes). El mayor número de casos asociados a brotes se produjo en el área 1 (tabla 13).

Tabla 13. Brotes de origen no alimentario. Distribución por área de salud. Comunidad de Madrid. Año 2001.

	Brotes		Casos		Expuestos		Hospitalizados	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área 1	16	12,9	413	27,6	3175	13,1	0	0,0
Área 2	7	5,6	117	7,8	1513	6,2	1	5,9
Área 3	12	9,7	48	3,2	510	2,1	2	11,8
Área 4	21	16,9	259	17,3	3534	14,5	7	41,2
Área 5	14	11,3	51	3,4	5242	21,6	0	0,0
Área 6	23	18,5	241	16,1	5821	23,9	1	5,9
Área 7	5	4,0	70	4,7	1125	4,6	2	11,8
Área 8	5	4,0	60	4,0	395	1,6	3	17,6
Área 9	2	1,6	11	0,7	171	0,7	0	0,0
Área 10	9	7,3	71	4,7	1055	4,3	0	0,0
Área 11	10	8,1	155	10,4	1783	7,3	1	5,9
Total	124	100,0	1496	100,0	24324	100,0	17	100,0

3.6. COMENTARIO SOBRE LOS BROTES MAS FRECUENTES

3.6.1. PAROTIDITIS

Se notificaron 78 brotes de **parotiditis**, con 645 casos asociados y 7 ingresos hospitalarios (1,1%). El 92,3% (72 brotes) se produjo en centros escolares. El 50% de los brotes fue notificado por atención primaria y el 32,1% por centros escolares. En el 42,3% (33 brotes) se confirmó el virus por serología (IgM) o cultivo. La duración mediana de los brotes fue de 21 días y la mediana de casos por brote fue de 5. En el año 2000 se produjeron 56 brotes y 587 casos, la duración mediana fue de 28,5 días y la mediana de casos de 9.

En la figura 6 se representa la distribución temporal de los brotes de parotiditis durante los años 1999, 2000 y 2001. El mayor número de brotes se produjo entre abril y junio de 2000 (64,3% de los brotes de 2000) y entre febrero y junio de 2001 (80,8% de los brotes de 2001). En el último trimestre de 2001 se notificaron menos brotes que en el último trimestre de los dos años anteriores (6, 11 y 7 brotes en el último trimestre de los años 2001, 2000 y 1999 respectivamente).

En la figura 7 se muestran los brotes de parotiditis de 2000 y 2001 por área de salud. Las áreas más afectadas en ambos años fueron la 6, la 4 y la 5. Los distritos más afectados en 2001 fueron Ciudad Lineal (10 brotes), Majadahonda (8 brotes) y Vallecas (7 brotes).

En el mapa 2 se presentan las tasas de incidencia de casos asociados a brotes por área de salud. Se observan tasas superiores a 20 casos por 100.000 habitantes en las áreas 6 (32,21), 4 (25,03) y 1 (20,09).

Figura 6. Brotes de parotiditis. Distribución por mes de notificación. Comunidad de Madrid. Años 1999, 2000 y 2001

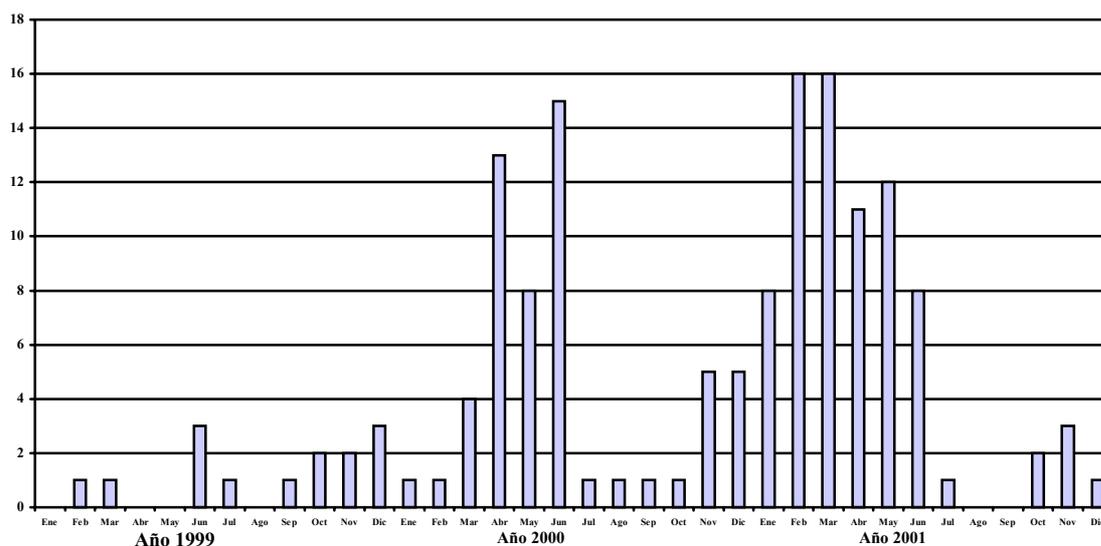
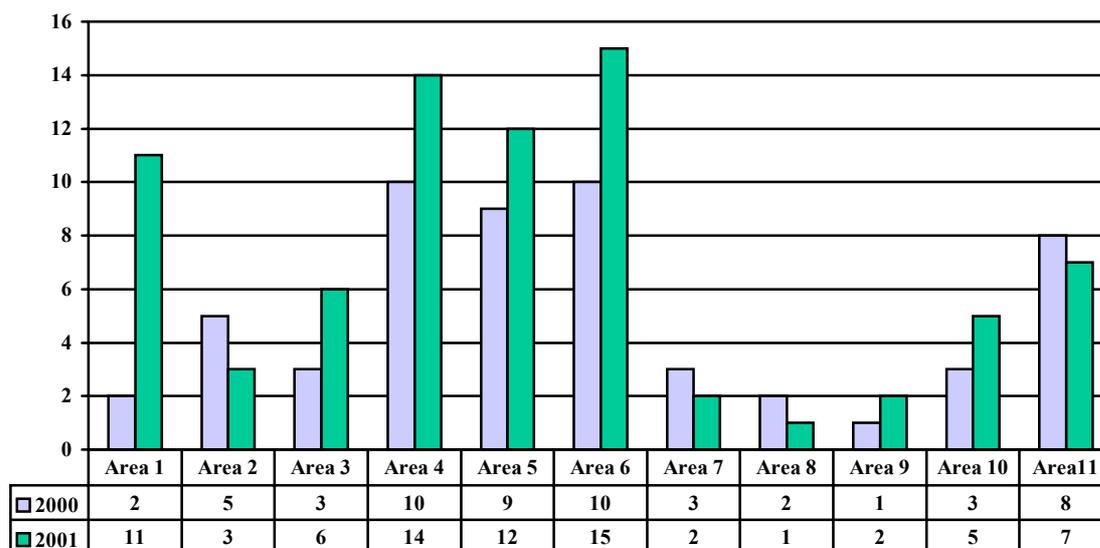
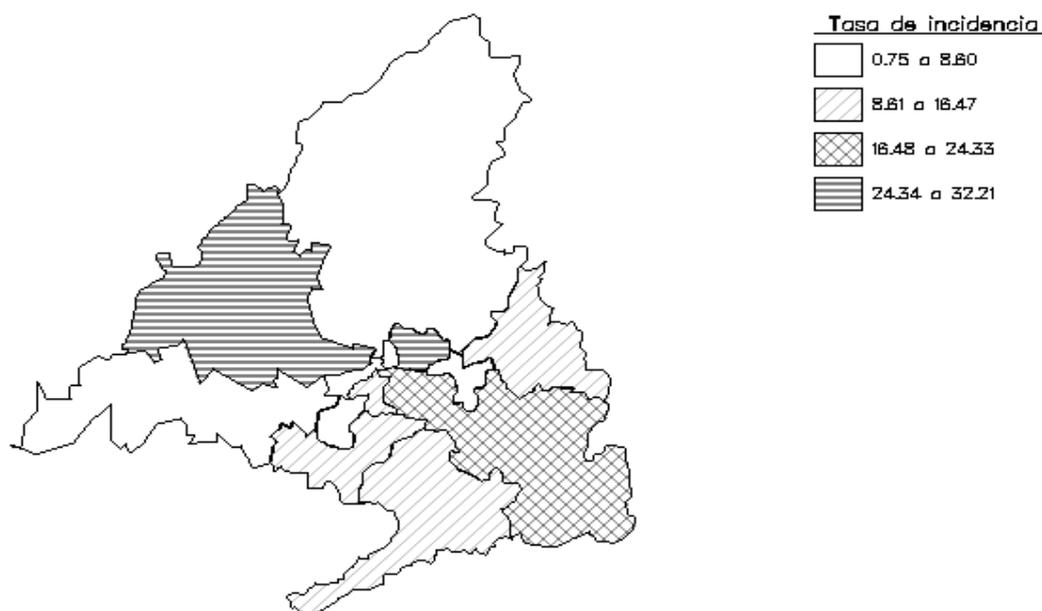


Figura 7. Brotes de parotiditis. Distribución por área de salud. Comunidad de Madrid. Años 2000 y 2001



Mapa 2. Incidencia de casos asociados a brotes de parotiditis por área de salud. Comunidad Madrid. Año 2001



Se ha analizado la incidencia de casos de 0 a 20 años de edad según estado vacunal (tabla 14). La incidencia de casos entre los que han recibido una o dos dosis de vacuna Jeryl Lynn o una dosis de vacuna Jeryl Lynn y una de vacuna Rubini es similar. La incidencia entre los que han sido vacunado con una o dos dosis de vacuna Rubini aumenta

considerablemente: en los niños que han recibido una dosis de vacuna Rubini la incidencia es 5,61 (3,92-8,03) veces mayor en relación con la incidencia observada en los vacunados con una dosis de vacuna Jeryl Lynn. Aplicando la fórmula $EV=(1-TAv/Tanv)*100$, se estima una efectividad vacunal de 47,7% (IC95%: -42,3%; 80,8%) para la vacuna Jeryl Lynn y un valor negativo para la vacuna Rubini.

Tabla 14. Incidencia de casos asociados a brotes según estado vacunal.

Estado vacunal	Exp	Casos	Incidencia
No vacunados	82	4	4,88
Jeryl Lynn (1 dosis)	1647	42	2,55
Jeryl Lynn (2 dosis)	724	16	2,21
Rubini (1 dosis)	580	83	14,31
Rubini (2 dosis)	16	1	6,25
Jeryl Lynn+ Rubini	1020	28	2,75

3.6.2. GASTROENTERITIS AGUDA

Se notificaron 13 brotes de **gastroenteritis aguda** de probable transmisión persona a persona, que afectaron a 613 personas y motivaron 2 ingresos hospitalarios. El agente causal se confirmó en dos brotes (calicivirus en 1 brote y *Salmonella* en otro). En 3 brotes se sospechó rotavirus como agente responsable y en otro calicivirus. Se produjeron 9 brotes en centros escolares, 2 en residencias de ancianos, 1 en un centro de día y otro fue comunitario. La duración mediana fue de 8 días y el número mediano de casos de 33. El mayor número de brotes se produjo durante el mes de septiembre (5 brotes). Las áreas afectadas fueron la 1 (3 brotes), 2 (1 brote), 4 (4 brotes), 6 (2 brotes), 8 (1 brote) y 11 (2 brotes).

3.6.3. NEUMONIA

Se notificaron 6 brotes de **neumonía**, que afectaron a 35 personas y motivaron 3 ingresos hospitalarios. Un brote fue de ámbito familiar, otro afectó a una comunidad de vecinos y los 4 restantes se produjeron en centros escolares. La edad de los casos varió entre 5 y 23 años. Los brotes fueron notificados en las semanas 7 (1 brote), 11 (1 brote), 19 (1 brote), 23 (1 brote) y 33 (2 brotes) y se produjeron en las áreas 4 (2 brotes), 6 (1 brote), 7 (1 brote) y 10 (2 brotes). En 4 brotes se confirmó *Mycoplasma pneumoniae* mediante técnicas serológicas.

3.7. COMPARACIÓN CON EL AÑO ANTERIOR

En la tabla 15 se presentan los brotes de origen no alimentario notificados en 2000 y 2001. En 2001 se notificaron 22 brotes de parotiditis y 58 casos más que en 2000. El número de brotes de gastroenteritis aguda fue similar, aunque el número de casos asociados fue 2,4 veces mayor en 2001. Se notificaron 6 brotes de neumonía y 2 brotes de sarampión. No se notificó ningún brote de estomatitis vesiculosa ni de tos ferina.

Tabla 15. Brotes de origen no alimentario. Años 2000 y 2001

	2000		2001	
	Nº brotes	Nº casos	Nº brotes	Nº casos
Amigdalitis aguda	1	16	0	0
Conjuntivitis vírica	2	68	0	0
Dermatofitosis	1	10	4	13
E. meningocócica	1	3	0	0
Eritema infeccioso	0	0	2	25
Escabiosis	2	6	6	21
Escarlatina	0	0	3	13
Estomatitis vesiculosa	8	54	0	0
Fiebre Q	0	0	1	2
Fiebre tifoidea	1	2	0	0
Gastroenteritis aguda	15	252	13	613
Gripe	1	21	0	0
Hepatitis A	3	7	2	5
Hepatitis C	0	0	1	4
Listeriosis	1	3	0	0
Molluscum contagiosum	3	32	3	67
Neumonía	0	0	6	35
Parotiditis	56	587	78	645
Rubéola	1	5	0	0
Sarampión	0	0	2	7
Tos ferina	9	33	0	0
Varicela	1	5	3	46
Total	106	1104	124	1496

3.8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el año 2001 se han notificado un importante número de brotes de parotiditis, predominantemente en los meses de febrero a junio. Una situación similar se observó en el año 2000, si bien en 2001 el número de brotes y de casos ha sido superior y el número de brotes notificados mensualmente se ha mantenido elevado durante un período de tiempo mayor. El análisis de la incidencia de casos según la cepa vacuna administrada muestra una incidencia 5 veces mayor en los vacunados con una dosis de vacuna Rubini en relación con los vacunados con una dosis de Jeryl Lynn. La cepa Rubini se administró en la Comunidad de Madrid desde noviembre de 1996 hasta abril de 1999. Actualmente se utiliza sólo la cepa Jeryl Lynn, salvo contraindicación. El calendario vacunal de la Comunidad de Madrid adelantó la segunda dosis de triple vírica a los 4 años en noviembre de 1999, por lo que en la actualidad, la mayoría de los niños que fueron vacunados con una primera dosis de vacuna Rubini ya han recibido una dosis de vacuna Jeryl Lynn.

El número de brotes de gastroenteritis aguda notificados ha sido similar al observado el año pasado pero se ha duplicado el número de casos asociados. Sólo en 2 brotes se llegó a conocer el agente etiológico. La escasa confirmación etiológica puede estar relacionada con el retraso en la notificación de los brotes (retraso mediano de 9 días) junto con la levedad y escasa duración de los síntomas, que hace difícil la obtención de muestras adecuadas.

Se han notificado 6 brotes de neumonía, en 4 de los cuales se confirmó *Mycoplasma pneumoniae* como agente causal. La aparición de estos brotes coincide con el aumento de la demanda de atención por neumonías percibida por pediatras de atención primaria de varias

áreas de salud. Asimismo se ha observado un incremento en la demanda de urgencias hospitalarias por neumonía entre las semanas 12 y 27 de 2001, que ha afectado fundamentalmente al grupo de edad de 5 a 14 años. *Mycoplasma pneumoniae* es el agente etiológico más importante en las neumonías comunitarias en niños de edad escolar, adolescentes y adultos jóvenes. Produce infecciones respiratorias en todo el mundo de forma endémica, si bien se han documentado de forma extensa la existencia de brotes epidémicos cada 3 a 7 años aproximadamente.



INFORME:

ENCUESTA SOBRE LA DIFUSIÓN Y PERCEPCIÓN DEL BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. AÑO 2000.

RESUMEN:

Fundamento: El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (BECAM), tiene como fin principal la devolución de la información a los notificadores, como cierre del ciclo de la vigilancia epidemiológica. Con el objetivo de conocer su difusión e interés entre los profesionales de atención primaria (AP), principales notificadores a los sistemas de vigilancia, a finales del año 2000 se llevó a cabo el trabajo que a continuación se presenta.

Método: Encuesta telefónica entre los médicos de AP, con muestreo aleatorio – por conveniencia- de 125 centros, y restricción en cada uno de 2 médicos no coordinadores, más 60 coordinadores. Se les preguntaba si conocían o no el BECAM, cuántos números de editados durante el año; frecuencia de lectura, calificación y utilidad de la información; así como interés y valoración de cada una de las secciones fijas e informes publicados durante el año anterior. De igual forma, se les solicitaban que propusiesen cinco temas para incluir en los informes que habitualmente se publican, que fuesen de su interés, y que no apareciesen ya en la revista. Se compararon los resultados entre médicos (MED) y coordinadores (COR) mediante Chi-cuadrado y test exacto de Fisher de comparación de proporciones, con Epi-Info v.6.

Resultados: Se contactó telefónicamente con 347 médicos, siendo la tasa de no respuesta del 12,1%, realizándose un total de 305 entrevistas: 245 MED (80,3%) y 60 COR (19,7%). ; no encontrándose diferencias significativas entre MED y COR. De todos ellos, sabían de la existencia del BECAM el 91,5%, y el 29,7% conocía más del 50% de los 6 números editados durante el año. El 92,4% lo consideraba interesante o muy interesante, puntuando con una media de 3,5 sobre 5 su utilidad. De las secciones fijas, la mejor valorada es Brotes Epidémicos; y de los informes, los relacionados con enfermedad meningocócica, tuberculosis y VIH/Sida.

Conclusiones: El BECAM es una publicación conocida entre los profesionales médicos de AP de la Comunidad de Madrid, el 97,8% de ellos lo lee y el 33,3% lo hace habitualmente. En general valoran como interesante la información contenida en el mismo, y puntúan con una media de 3,4 sobre 5 su utilidad. Pese a no haber encontrado diferencias significativas entre el grupo de MED y COR, cabe destacar que los COR leen con más frecuencia y en mayor número esta publicación. Por otro lado, el desarrollo de esta encuesta ha servido para considerar el BECAM como un buen elemento de difusión de la información fruto de la vigilancia epidemiológica entre los médicos de AP.

INTRODUCCIÓN:

El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es el principal instrumento de comunicación establecido entre la vigilancia epidemiológica y los profesionales sanitarios. Su propósito es hacer llegar la información agregada a nivel regional, generada a partir de los diferentes sistemas de vigilancia en especial a las redes, asistenciales cuyos profesionales, como notificadores al sistema sanitario madrileño, constituyen el soporte de la mayor parte de los sistemas de vigilancia.

Se trata de una publicación bimensual con una tirada de 4.000 ejemplares por número y su distribución alcanza casi 3.000 direcciones, repartidos entre profesionales socio-sanitarios e instituciones. Estas características hacen del mismo una de las herramientas principales de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

En el año 1993 se llevó a cabo un estudio cualitativo sobre la percepción del Boletín Epidemiológico entre médicos de Atención Primaria (*Documento Interno: Actitudes de los Profesionales Sanitarios y de la Población frente a la Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad de Madrid. Agosto de 1993.*). A través de dicho estudio se detectaba un bajo interés general para los lectores, ninguno lo leía habitualmente, y las mayores limitaciones se asociaban a la falta de información tanto sobre las intervenciones que generaba la información recogida, como en el ámbito del Área Sanitaria. Sólo lo valoraban en su función de devolución de la información obtenida partir de los sistemas basados en la notificación de casos.

Desde entonces, el Boletín ha experimentado cambios en su presentación, diseño, y especialmente en su contenido, en paralelo con la evolución de la Salud Pública en nuestra Comunidad, e intentando satisfacer las expectativas de los profesionales a los que va dirigido. En este sentido, se han incorporado paulatinamente informes relacionados con nuevos sistemas de vigilancia para las enfermedades transmisibles (Red de Médicos Centinela, las Encuestas de Serovigilancia y de Prevalencia de Infección Tuberculosa, etc.) y se ha ampliado la información a las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, fundamentalmente aquellos relacionados con los estilos de vida y enfermedades emergentes como los trastornos del comportamiento alimentario.

Debido a esa transformación que viene presentando tanto en su formato como en los contenidos, cada vez es más importante conocer el verdadero alcance e interés que tiene entre sus lectores.

Para ello, en el año 2000, se ha diseñado una encuesta dirigida a los médicos de Atención Primaria (AP), como principales receptores de esta publicación, cuyo objetivo era evaluar, en primer lugar, la distribución del Boletín y en segundo lugar, el interés del contenido actual del mismo, además de obtener sugerencias sobre los principales temas de interés.

MATERIAL Y MÉTODO:

A finales de 2000 se llevó a cabo una encuesta telefónica entre los médicos de AP de nuestra Comunidad. Los participantes se seleccionaron mediante muestreo aleatorio entre todos los centros de AP con un tamaño muestral -por conveniencia- de 125. Dentro de cada uno de

ellos se impuso la restricción de un máximo de 2 médicos no coordinadores. Además se seleccionaron 60 coordinadores de equipo aleatoriamente entre los 125 centros.

Las encuesta contenía preguntas referentes a si conocían o no el Boletín Epidemiológico, con qué frecuencia lo leían, cómo calificaban la información contenida y la utilidad para su trabajo. Seguidamente se preguntaba por la valoración que les merecía cada uno de los apartados fijos del Boletín así como los informes regionales publicados en los últimos 12 meses. Para finalizar, se les pedía que propusiesen 5 temas de su interés que no formaran parte de la información publicada habitualmente en él (Anexo 1).

Con el fin de identificar posibles diferencias entre médicos y coordinadores de equipo, se compararon los resultados obtenidos entre ambos mediante los test de Chi-cuadrado y exacto de Fisher de comparación de proporciones, utilizando el programa informático Epi-Info v.6.

RESULTADOS:

Se contactó telefónicamente con 347 médicos, siendo la tasa de no respuesta del 12,1%, realizándose por tanto un total de 305 entrevistas: 245 médicos (80,3%) y 60 coordinadores de equipo (19,7%).

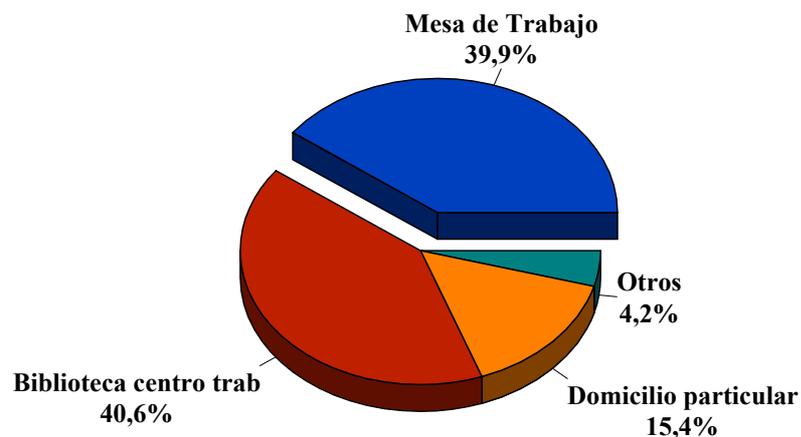
1.- Distribución:

Al comparar las respuestas a las diferentes preguntas del cuestionario entre coordinadores de equipo y médicos no se encontraron diferencias significativas, por lo que a continuación se presentan los resultados encontrados sin diferenciar puesto de trabajo.

Cuando se les preguntaba espontáneamente si conocían el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 279 (91,5%) encuestados respondieron afirmativamente; y de ellos 83 (29,7%) había visto más del 50% de los 6 números editados durante el año, siendo la media de 3,3 boletines.

Dado que la suscripción a este Boletín es gratuita, y se puede recibir tanto en el centro de trabajo como en el domicilio particular, se les preguntó si conocían la posibilidad de inscribirse en la base de datos para la distribución del mismo de manera nominal, y 122 (43,7%) respondieron afirmativamente.

En la figura 1, se presentan los resultados diferenciando el lugar en el que cada uno de los encuestados tiene acceso al Boletín.

Figura 1.- Lugar de Acceso al Boletín Epidemiológico durante el Último Año

*7 médicos recibían el boletín en dos lugares.

2.- Alcance e Interés

2.1.- Valoración global:

El 29,8% de los médicos entrevistados lo leen habitualmente, el 50,2% esporádicamente y el 20% nunca o casi nunca; el principal motivo entre aquellos que contestaron que nunca lo habían leído, era la falta de tiempo (figura 2)

En la figura 3 se presenta también la valoración que hacen los lectores de la información publicada, destacando que el 92,4% lo considera interesante o muy interesante. En cuanto a la utilidad que tiene la misma para su trabajo -puntuada de 1 a 5 (siendo 1 ninguna y 5 mucha) -, la puntuación media fue de 3,5 con una desviación de 0,9. (figura 4)

Figura 2.- Frecuencia de la Lectura del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

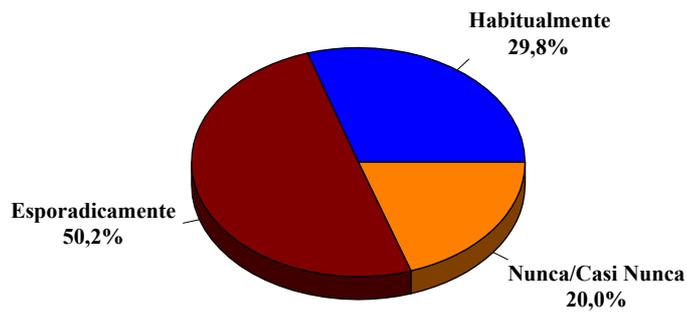


Figura 3.- Valoración de la Información Publicada en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

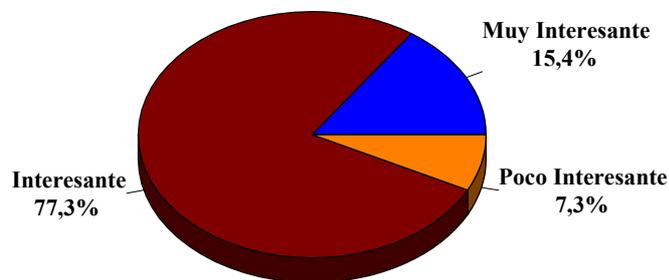
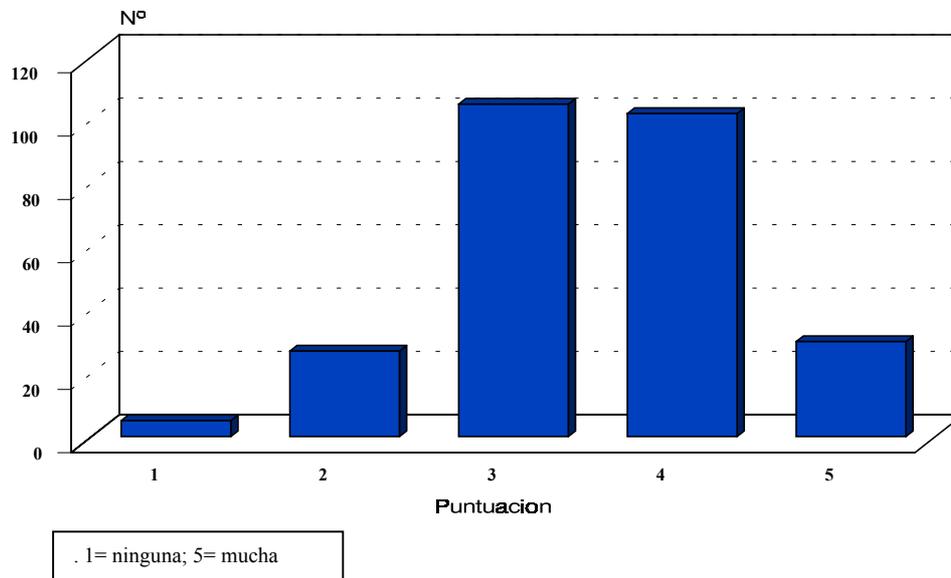


Figura 4.- Utilidad de la Información publicada en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid para su trabajo.



2.2.-Valoración de las Secciones fijas:

Ante la pregunta sobre el interés que concedían a cada una de las secciones fijas que aparecen en la publicación, referida a la información bimensual sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria, Brotes y Red de Médicos Centinela; y trimestral sobre el Sistema de Notificación Microbiológica, los Brotes Epidémicos ha resultado ser la Sección mejor valorada (tabla 1).

Tabla 1.- Nivel de Interés de las Secciones Fijas del Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

	E.D.O.		Brotes		R.M.C.		S.N.M.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy interesante	74	27,1	141	51,6	60	22,0	52	19,0
Interesante	155	56,8	121	44,3	148	54,2	144	52,7
Poco interesante	42	15,4	10	3,7	56	20,5	69	25,3
Nada interesante	2	0,7	1	0,4	9	3,3	8	2,9
Total	273	100,0	273	100,0	273	100,0	273	100,0

E.D.O.= Enfermedades de Declaración Obligatoria

R.M.C.= Red de Médicos Centinela

S.N.M.= Sistema de Notificación Microbiológica

2.3.-Valoración de los Informes Regionales:

Con relación a los informes regionales publicados en los últimos 12 meses (tabla 2), los informes que más interés han suscitado han sido el Impacto de la Vacunación frente a la Enfermedad Meningocócica, el Registro de Tuberculosis y la Vigilancia del VIH/SIDA; mientras que sólo alrededor del 30% han leído el informe de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles- Adultos (SIVFRENT-A) y el de Afectación Renal en la Diabetes tipo II.

Cabe destacar que, entre los profesionales que han leído los informes, más del 90% los considera interesantes (tabla 2).

Tabla 2.- Valoración de los Informes Regionales Publicados en el Último Año en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.

INFORMES	Porcentaje (y numero) de entrevistados que han leído el informe (%)	Porcentaje (y numero) de los entrevistados que habiéndolo leído, lo consideran interesante
Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria, 1998	31,9% (n=87)	91,9% (n=80)
Hábitos de Salud en la Población Adulta, 1998	30,0% (n=82)	92,7 (n=76)
Vigilancia del SIDA/VIH (datos actualizados a 30 de marzo de 1999)	50,9% (n=139)	97,8% (n=136)
Prevalencia de Afectación Renal en Población con Diabetes Mellitus Tipo II	27,5% (n=75)	90,7% (n=68)
Impacto de la Vacunación en la Enfermedad Meningocócica Serogrupo C	74,7% (n=204)	98,0% (n=200)
Registro Regional de Casos de Tuberculosis, 1998	69,3% (n=189)	97,3% (n=184)

3.- Sugerencias

Ante la solicitud de que enumerasen cinco temas de su interés, y que no se recogieran habitualmente en los informes del Boletín Epidemiológico para su inclusión, los nombrados con más frecuencia son de nuevo la Tuberculosis, el SIDA y la Meningitis.

Por grandes temas, las enfermedades transmisibles son las que generan mayor interés

CONCLUSIONES:

El Boletín Epidemiológico es una publicación conocida entre los profesionales médicos de AP de la Comunidad de Madrid, el 97,8% de ellos lo lee alguna vez y el 29,8% lo hace habitualmente.

Las opiniones sobre los informes incluidos en el mismo entre aquellos que los han leído son, en general, muy favorables, considerándolos más de 90%, muy interesantes. Ante estos resultados, se puede afirmar que ha mejorado considerablemente la imagen de esta publicación entre sus principales destinatarios.

En cuanto a los temas que suscitan mayor interés, en líneas generales, son las enfermedades transmisibles y dentro de ellas la Tuberculosis, la Meningitis y la Infección VIH/Sida.

Parece que el hecho de que la vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas se haya iniciado en años recientes, puede hacer que no se asuma todavía como un tema propio de un boletín epidemiológico; por lo que tienen menor interés y se sugieren menos como temas propuestos por los entrevistados.

Estos resultados, en la misma línea que el estudio cualitativo realizado previamente (*Documento Interno: Actitudes de los Profesionales Sanitarios y de la Población frente a la Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad de Madrid. Agosto de 1993*), sugieren que los informes relacionados con un problema de salud concreto, provocan mayor interés, así como los relacionados con enfermedades que generan una intervención. Prueba de ello es la buena valoración que hacen ante los informes de Vacunación frente a Enfermedad Meningocócica, de Brotes Epidémicos y de la Vigilancia de la Tuberculosis y de la Infección VIH/Sida.

La percepción del Boletín Epidemiológico que los profesionales de A.P. tienen del mismo, ha mejorado considerablemente en los últimos 10 años en relación al estudio mencionado con anterioridad. Aún así, se requeriría un nuevo estudio cualitativo diseñado específicamente para conocer en profundidad los intereses y expectativas de los médicos de primaria, tanto en los temas como en el enfoque del Boletín Epidemiológico.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos agradecer la colaboración de todos aquellos médicos participantes en este estudio; haciendo extensible nuestro agradecimiento a todos aquellos profesionales como notificadores a los diferentes Sistemas de Vigilancia de la Comunidad de Madrid; ya que sin ellos la publicación de este Boletín Epidemiológico no sería posible.

ANEXO**CUESTIONARIO PARA LA EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN
Y LOS CONTENIDOS DEL
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Datos personales a rellenar antes de llamar

- 1.- Fecha de la entrevista: ____/____/____
- 2.- Centro de Trabajo
- 3.- Teléfono

CUESTIONARIO:**P1.- ¿Me puede Vd. decir cual es su puesto de trabajo?**

- | | |
|-------------------------|-------------|
| " Médico de familia: | " De EQUIPO |
| | " De CUPO |
| " Pediatra | " De EQUIPO |
| | " De CUPO |
| " Coordinador de Equipo | |

P2.- Conoce Vd. el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid?

- " SI
- " NO

(Explicar: publicación bimensual que edita el Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid con temas de Salud Pública. Hasta el año pasado su portada era gris, y en el 2000 ha pasado a ser morada; figurando en su contraportada el mapa de la áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid)

- " SI
- " NO -----> fin de entrevista

P3.- En el último año, cuántos de los Boletines Epidemiológicos publicados ha visto Vd aproximadamente?

" 1 " 2 " 3 " 4 " 5 " 6 Otros: _____ No sabe: _____

¿Dónde los ha visto Vd.?

" En su mesa de trabajo " En la biblioteca del Centro " En su domicilio particular

" En otro lugar: _____

P4.- ¿Sabe que si lo solicita puede recibir el Boletín de forma nominal?

" SI " NO

P5.- ¿Lee Vd. alguna vez el Boletín Epidemiológico?

" SI -----> P6

" No, no lo he leído nunca

¿Por qué razón?

" No me parece interesante -->P 11

" No tengo tiempo (fin entrevista)

" Otras razones (especificar)

(fin de entrevista)

P6.- ¿Con qué frecuencia?

" Habitualmente " Esporádicamente " Casi nunca

P7.- ¿Cómo valoraría la información publicada en el Boletín Epidemiológico?

" Muy interesante

" Interesante

" Poco interesante

" Nada interesante

P8.- Puntúe de 1 a 5 la utilidad que tiene la información contenida en el Boletín Epidemiológico para su trabajo. (Siendo 1 ninguna y 5 mucha)

" 1 " 2 " 3 " 4 " 5 No sabe: _____

P9.- Como Vd. ya sabe el Boletín Epidemiológico incluye un apartado de contenidos fijos, indique el nivel de interés que le merece cada uno de ellos

	muy interesante	interesante	poco interesante	nada interesante
Enfermedades de Declaración Obligatoria				
Brotos Epidémicos				
Red de Médico Centinela				
Sistema de Notificación Microbiológica				

P10.- Le voy a listar a continuación los informes sobre temas específicos publicados en el último año, ¿puede señalar los informes que ha leído y si le resultaron interesantes?

A) Morbilidad por Enfermedades de Declaración Obligatoria:

- Lo ha leído " SI
- " NO
- Le ha parecido interesante
- " SI
- " NO ¿Por qué?
- No le interesa el Tema
- No le interesa el enfoque que se le ha dado
- Otras razones _____

B) Hábitos de Salud en la Población Adulta de la Comunidad de Madrid

- Lo ha leído " SI
- " NO
- Le ha parecido interesante
- " SI
- " NO ¿Por qué?
- No le interesa el Tema
- No le interesa el enfoque que se le ha dado
- Otras razones _____

C) Vigilancia del SIDA/VIH en la Comunidad de Madrid

- Lo ha leído " SI
 " NO
- Le ha parecido interesante
 " SI
 " NO ¿Por qué?
 - No le interesa el Tema
 - No le interesa el enfoque que se le ha dado
 - Otras razones _____

D) Prevalencia de Afectación Renal en la Población con Diabetes Mellitus tipo II

- Lo ha leído " SI
 " NO
- Le ha parecido interesante
 " SI
 " NO ¿Por qué?
 - No le interesa el Tema
 - No le interesa el enfoque que se le ha dado
 - Otras razones _____

E) Impacto de la Vacunación en la Enfermedad Meningocócica Serogrupo C

- Lo ha leído " SI
 " NO
- Le ha parecido interesante
 " SI
 " NO ¿Por qué?
 - No le interesa el Tema
 - No le interesa el enfoque que se le ha dado
 - Otras razones _____

F) Registro de Casos de Tuberculosis en la Comunidad de Madrid

- Lo ha leído " SI
 " NO
- Le ha parecido interesante
 " SI
 " NO ¿Por qué?
 - No le interesa el Tema
 - No le interesa el enfoque que se le ha dado
 - Otras razones _____

P.11.- ¿Podría nombrarme cinco temas que le resulten de interés para ser incluidos en el Boletín epidemiológico, por orden de interés?

- 1 1 _____
- 2 1 _____
- 3 1 _____
- 4 1 _____
- 5 1 _____



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2002, semanas 6 a 9
(del 3 de febrero al 2 de marzo de 2002)**

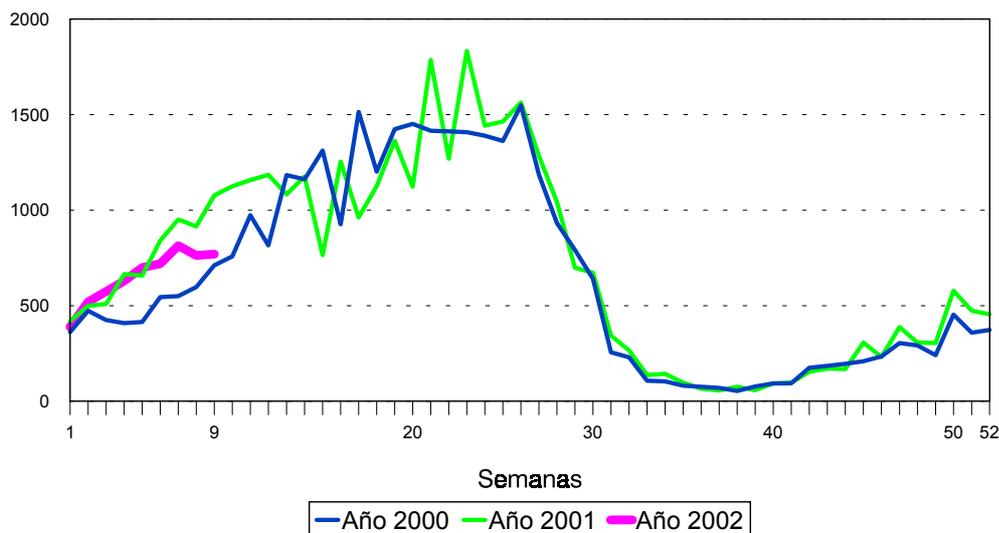
Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde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

VARICELA

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por semanas del número de casos de varicela durante los años 2000 y 2001 y durante el periodo comprendido entre las semanas 1 y 9 del año 2002. En total fueron notificados 5.879 casos en el año 2002 y 6.534 casos en el 2001, durante el mismo periodo (semanas 1-9). El mayor número de casos se ha observado durante la semanas 7 (814 casos, una tasa de 16,2 casos por 100.000 habitantes), mientras que en el año 2001, para ese mismo periodo, la semana con mayor número de casos fue la 9 (1.077 casos, una tasas de 21,44 casos por 100.000 habitantes).

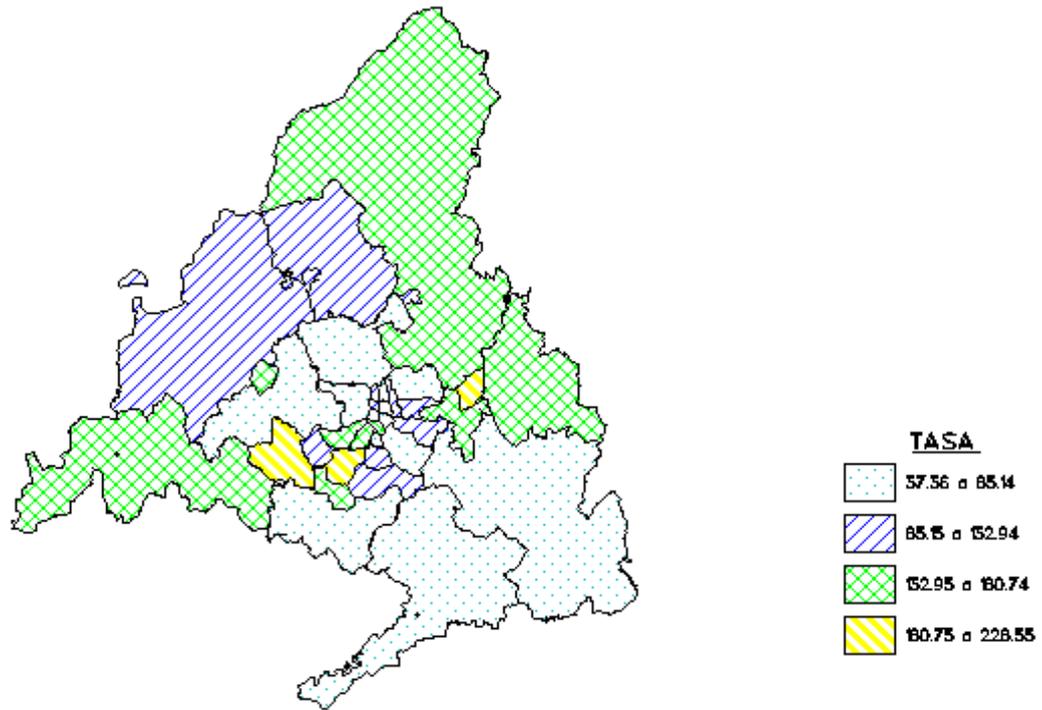
En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. El distrito se ha asignado en función de la ubicación del centro notificador de Atención Primaria, ya que la varicela es una enfermedad de declaración obligatoria numérica. Las mayores tasas de incidencia se observaron en los distritos de Torrejón de Ardoz, Móstoles y Leganés con cifras superiores a 180 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 1. VARICELA. Casos notificados por semana. Años 2000, 2001 y semanas 1-9 de 2002. Comunidad de Madrid.



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria de la Comunidad de Madrid.

Mapa 1. VARICELA. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios. Semana 1- 9 . Año 2002. Comunidad de Madrid.



**Tasas por 100.000 habitantes de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid.
Semanas 6 a 9 (desde 3/2/2002 hasta 2/3/2002)***

	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.																				
Brucelosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	
Disentería	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
E, I, H, <i>Influenzae</i>	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	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1	
Enf. Meningocócica**	0,0	0,8	0,2	0,2	0,0	0,4	0,2	1,6	0,3	1,0	0,7	1,9	0,8	1,1	0,5	1,0	0,0	1,4	1,2	2,0	0,0	1,2	0,3	1,1
Fiebre tifoidea	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Gripe	720,0	2917,9	834,5	3529,3	1113,7	4796,9	1022,6	4067,1	943,3	3530,0	546,7	3165,4	908,4	4011,5	1425,5	5602,0	1020,9	5038,1	524,4	2920,8	964,0	3928,2	912,7	3886,2
Hepatitis A	0,0	0,0	0,2	1,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2
Hepatitis B	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2	
Hepatitis víricas (otras)	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,4	0,8	0,2	0,3	0,1	0,3
Infección Gonocócica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,5	0,2	0,4	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1
Legionelosis	0,0	0,2	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	0,3	0,0	0,1
Leishmaniasis	0,0	0,0	0,0	0,0	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	0,0	0,0	0,0
Meningitis aséptica**	0,3	0,3	0,0	0,2	1,1	2,2	0,2	0,6	0,0	0,3	1,4	1,9	0,0	0,0	0,5	1,0	1,4	4,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,4	0,9
Meningitis bacter.**	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,3	0,5	0,1	0,3	
Paludismo	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1	
Parotiditis	0,3	1,3	0,2	1,2	1,9	3,3	0,4	0,4	1,2	1,8	0,2	1,2	0,2	1,0	0,5	1,8	0,0	0,3	0,0	0,0	2,0	7,1	0,7	2,1
Rubéola	0,0	0,0	0,0	0,7	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	0,2	0,2	0,0	0,1
Sarampión	0,3	0,3	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	0,0	0,0
Sífilis	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	
Tos ferina	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2	0,2
Triquinosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
TBC respiratoria***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC***	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	38,6	75,3	60,9	127,0	105,3	186,9	52,0	98,9	61,6	101,5	28,6	76,0	53,1	125,9	84,0	158,6	93,2	173,6	45,8	89,9	72,9	125,1	61,1	117,1
Poblaciones	637.028		402.265		269.734		507.409		605.928		415.967		523.245		399.787		346.739		249.045		665.142		5.022.289	
Cobertura de Médicos	62,50%		92,15%		87,65%		85,30%		65,47%		34,59%		66,92%		88,37%		87,92		70,76%		75,32%		73,20%	

* 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 informe específico.

El último informe publicado aparece en el Boletín Epidemiológico de la C.M., volumen 7, nº 2.



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

Semanas 6 a 9 de 2002.

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
1	Parotiditis	Madrid (Vallecas)	Colegio	400	6	0	--	<i>V parotiditis</i> *
1	Alimentario	Madrid (Retiro)	Restaurante	3	2	1	Salsa alioli	<i>Desconocido</i>
1	Alimentario	Arganda del Rey	Familiar	6	5	1	Huevos	<i>Desconocido</i>
2	Alimentario	Coslada	Colegio	420	40	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
2	Alimentario	San Fernando de H.	Familiar	4	4	0	Embutido	<i>Desconocido</i>
2	Alimentario	Coslada	Colegio	400	25	0	Desconocido	Desconocido
3	Gastroenteritis	Torrejón de Ardoz	Centro de día	36	8	0	--	<i>Virus</i> *
3	Tos ferina	Alcalá de Henares	Colegio	5	5	0	--	<i>B pertussis</i> *
4	Alimentario	Madrid (Hortaleza)	Restaurante	15	10	0	Mejillones al vapor	<i>V paraheamol</i> *
5	Alimentario	Madrid (Tetuán)	Familiar	4	4	0	Paella	Desconocido
6	Escabiosis	Madrid (Moncloa)	Familiar	6	6	0	--	<i>S scabiei</i> *
6	Parotiditis	Madrid (Moncloa)	Colegio	1800	10	0	--	<i>V parotiditis</i> *
6	Hepatitis A	Fresnedillas de la O.	Colegio	22	3	0	--	<i>V hepatitis A</i> *
6	Alimentario	Madrid (Moncloa)	Colegio	5	5	0	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	111	20	1	Desconocido	<i>Desconocido</i>
8	Parotiditis	Móstoles	Familiar	5	3	0	--	<i>V parotiditis</i> *
8	Gastroenteritis	Alcorcón	Colegio	300	16	0	--	<i>Desconocido</i>
8	Gastroenteritis	Villaviciosa de Odón	Resid estud.	18	6	0	--	<i>Desconocido</i>
8	Alimentario	Alcorcón	Restaurante	8	6	0	Desconocido	<i>Desconocido</i>
9	Escabiosis	Leganés	Resid ancianos	13	13	0	--	<i>S scabiei</i> *
9	Dermatofitosis	Fuenlabrada	Colegio	25	2	0	--	<i>Hongo</i> *
11	Alimentario	Madrid (Usera)	Familiar	6	6	1	Mayonesa	<i>Salmonella sp</i>



SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA

Cuarto Trimestre de 2001

Tabla 1.- PATÓGENOS NOTIFICADOS SEGÚN TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y PATOLOGÍA PRODUCIDA.

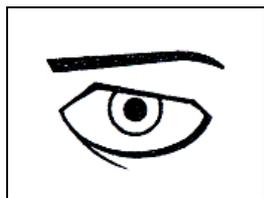
Datos correspondientes al cuarto trimestre del 2001, comparados con el mismo periodo del año anterior.

TÉCNICA	INF. RESPIRATORIAS			INF. GASTROINTESTINALES			INF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTRAS INFECCIONES		
	Patógeno	2001	2000	Patógeno	2001	2000	Patógeno	2001	2000	Patógeno	2001	2000
CULTIVO	<i>B. catarrhalis</i>	17	25	<i>Aeromonas</i>	15	26	<i>M. hominis</i>	9	28	<i>Brucella</i>	0	0
	<i>Haemophilus</i>	88	65	<i>Campylobacter</i>	177	270	<i>N. gonorrhoeae</i>	9	20	<i>Leishmania</i>	0	1
	<i>Legionella</i>	0	0	<i>Salmonella</i>	351	358	<i>U. urealyticum</i>	70	96	<i>N. meningitidis</i>	5	3
	<i>S. agalactiae</i>	14	9	<i>Shigella</i>	6	5						
	<i>S. pyogenes</i>	266	619	<i>Yersinia</i>	18	24						
	<i>S. pneumoniae</i>	88	101									
SEROLOGÍA	<i>Chlamydias</i>	101	58	<i>Adenovirus</i>	0	10	<i>C. trachomatis</i>	20	18	<i>B. burgdorferi</i>	2	2
	<i>C. burnetti</i>	20	8	<i>Rotavirus</i>	71	127	<i>T. pallidum</i>	64	53	<i>Brucella</i>	6	7
	<i>Legionella</i>	6	0							<i>E. granulosus</i>	24	21
	<i>Mycoplasma</i>	32	27							<i>Epstein-Barr</i>	53	62
	<i>Parvovirus B19</i>	3	2							<i>Leishmania</i>	9	6
	<i>V.R. Sincitial</i>	68	30							<i>R. connori</i>	5	6
VISUALIZACIÓN DIRECTA										<i>Toso plasma</i>	19	24
	<i>B.A.A.R</i>	2	0	<i>A. lumbricoides</i>	2	5	<i>Trichomonas</i>	42	51	<i>Plasmodium</i>	6	11
	<i>P. carinii</i>	4	3	<i>Cryptosporidium</i>	12	5						
				<i>Entamoeba</i>	58	64						
				<i>E. vermicularis</i>	13	16						
				<i>G. lamblia</i>	98	120						
				<i>T. saginata</i>	1	10						
			<i>T. trichiura</i>	1	4							

Tabla 2.- PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES SEGÚN CENTRO Y TIPO DE PATOLOGÍA.

Datos correspondientes al cuarto trimestre de 2001, comparados con el mismo periodo del año anterior. Centros notificadores.

CENTRO	INF. RESPIRATORIAS		INF. GASTROINTESTINALES		INF. TRANSMISIÓN SEXUAL		OTRAS INFECCIONES		NOTIFICACIÓN TOTAL	
	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000
Gregorio Marañón	27.2	22.7	28.4	20.8	10.3	6.4	52.7	45.5	28.9	19.3
Ramón y Cajal	41.6	19.3	19.9	12.5	29.9	18.4	33.3	32.9	31.2	24.8
Getafe	22.4	16.3	34.4	22.7	4.2	9.0	12.4	14.7	21.9	13.5
El Escorial	0	5.6	0	3.4	0	1.5	0	1.4	0	4.2
Santa Cristina	0	0.1	0	0.1	34.6	45.9	0	0.7	3.6	4.3
TOTAL HOSPITALES	91.2	64.0	82.7	59.5	79.0	81.2	98.4	95.2	85.6	66.1
Argüelles	0	30.0	0	29.0	0	5.6	0	0	0	25.1
Hermanos Miralles	5.8	3.3	7.3	4.5	16.8	7.9	0	0	9.1	4.9
Vicente Soldevilla	3.0	2.7	10.0	7.0	4.2	5.3	1.6	4.8	5.3	3.9
TOTAL AMBULATORIOS	8.8	36.0	17.3	40.5	21.0	18.8	1.6	4.8	14.4	33.9
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2002, semanas 6 a 9
(Del 3 de febrero al 2 de marzo de 2002)**

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 durante un periodo de tiempo determinado se han considerado de especial interés para la Salud Pública.

Actualmente la RMC cuenta con la colaboración de 47 médicos generales y 41 pediatras de Atención Primaria, y los procesos objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática, Diabetes y Gripe.

VARICELA

Durante las semanas **6 a 9 del año 2002** la Red de Médicos Centinela ha notificado 95 casos de varicela, 17 menos que el año anterior durante el mismo periodo (**Graf.1**)

La distribución de casos por género ha sido de 47,4 % en mujeres y 52,6 % en varones. Si se consideran grupos de edad, se observa que 86 casos (90,5%) tienen edad inferior a 15 años, de los cuales el grupo de 2- 5 años es el más numeroso, con 38 casos (40%) mientras que en edades superiores a 15 años se han registrado 6 casos (6,3%) y . en 3 casos no constaba (3,15%) (**Graf.2**)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, 63 casos (66,3%) refieren haber tenido contacto con otro caso de varicela, 2 casos (2,1%) estuvieron expuestos a casos de herpes zoster, 10 (10,5%) se declaran en el contexto de un brote y en 20 casos (21,1%) se desconoce (**Graf.3**) .

Los lugares de exposición más habituales fueron: colegios y guarderías 55,8%, hogar 17,9%, lugar de trabajo 1,1% y 25,3% “otros” (**Graf.4**)

Del total de casos, 1 de ellos se complicó con una neumonía.

HERPES ZOSTER

Durante las semanas 6-9 del año 2002, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 18 casos de Herpes Zoster, 2 casos menos que los notificados en el año anterior durante el mismo periodo. La distribución por género fue: 7 casos (38,9%) en varones y 11 en mujeres (61,1%).

La media de edad ha sido de 60 años (DE = 21,31 años), con un rango de edad que va de los 3 a los 78 años. (**Graf.5**)

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 cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.comadrid.es/sanidad/noticias/pdf/gripe01.pdf>. El resto de procesos se realiza un informe anual.

Gráfico 1. VARICELA. Red de Médicos Centinelas.

Casos notificados durante las semanas 6-9.
Años 2001 y 2002

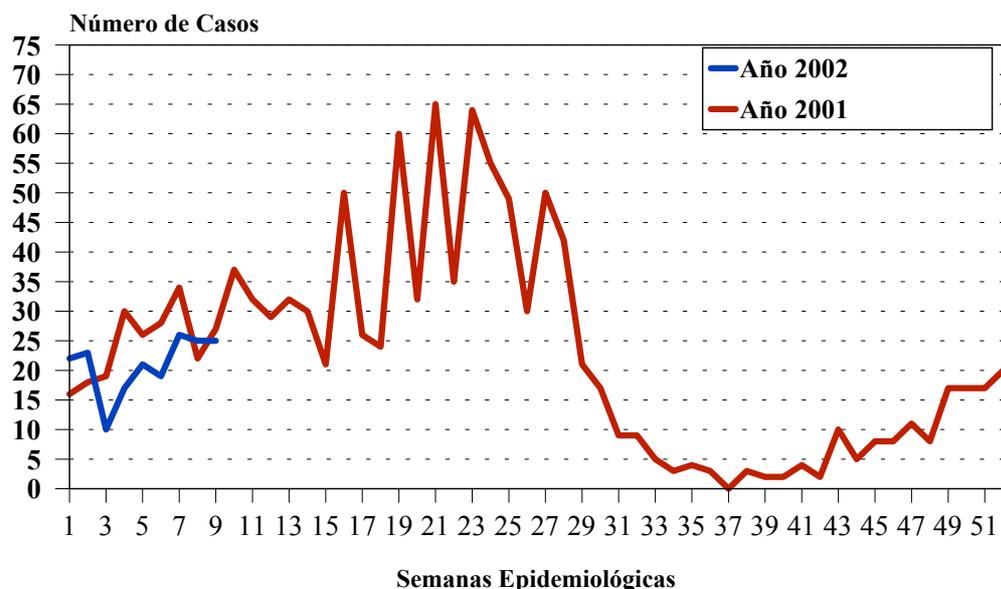


Gráfico 2. VARICELA. Red de Médicos Centinela.

Casos Notificados en las semanas 6-9. Año 2002
Distribución por edad

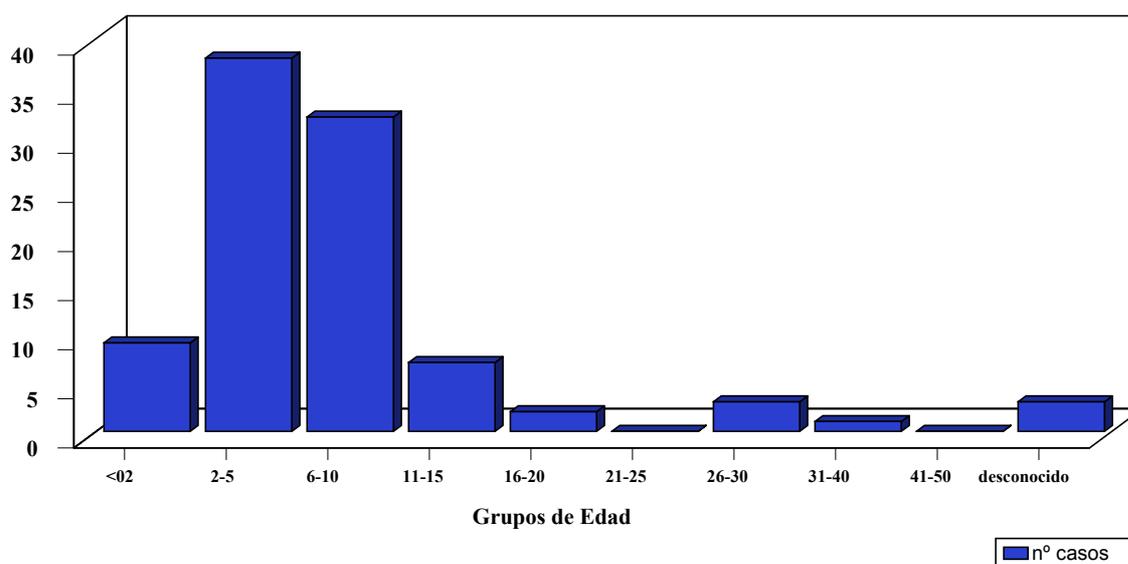


Gráfico 3. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Tipo de exposición

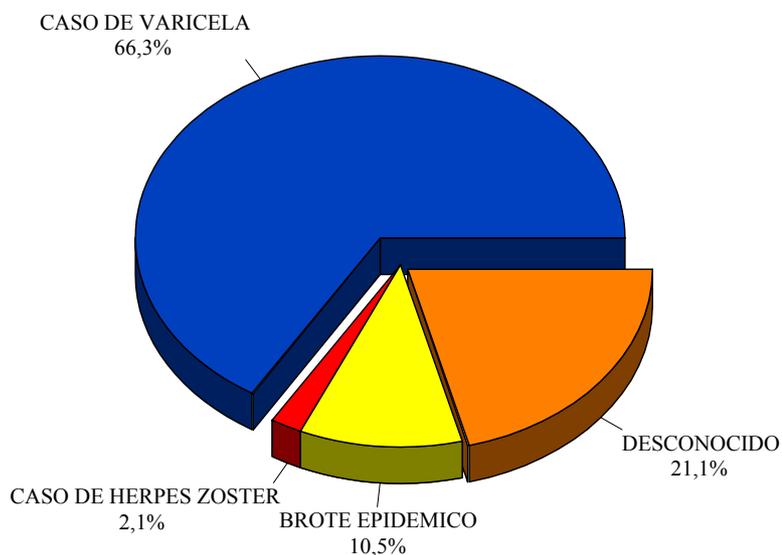


Gráfico 4. VARICELA. Red de Médicos Centinela
Lugar de exposición

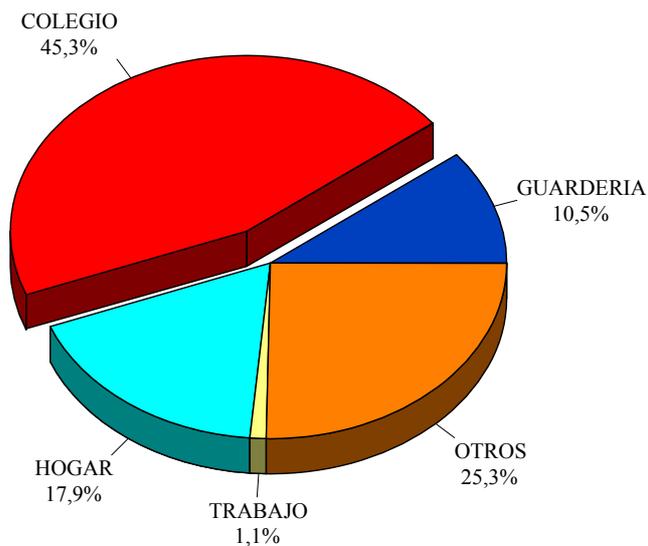
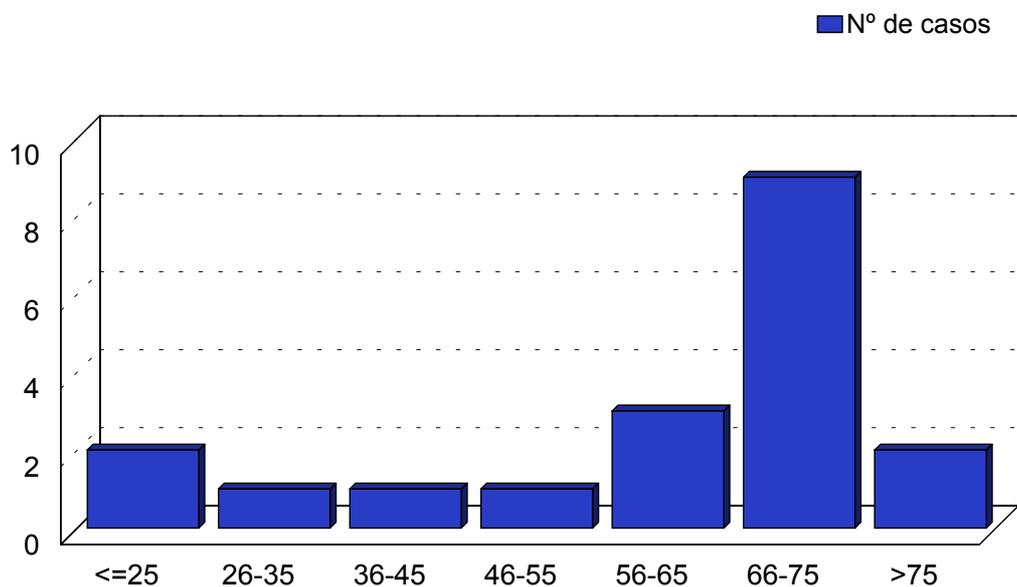


Gráfico 5. HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.

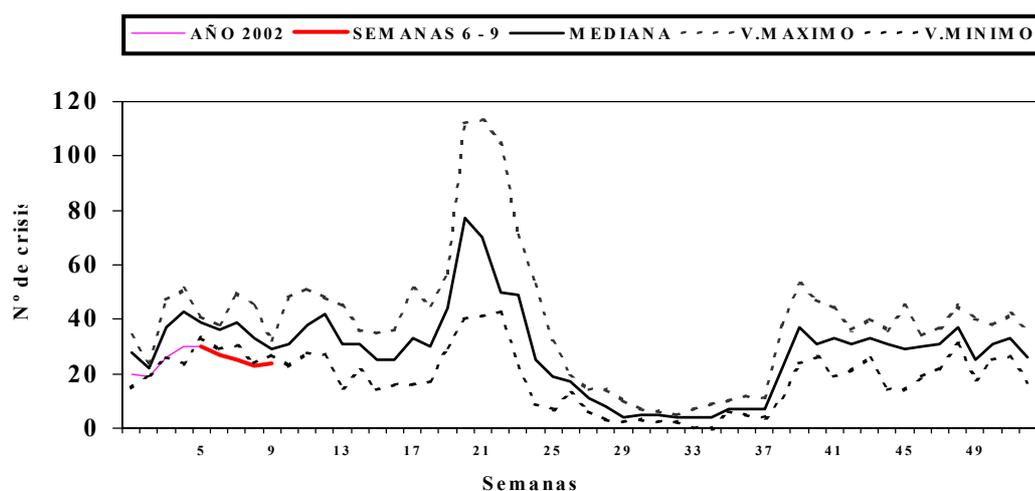
Casos Notificados en las semanas 6-9
Distribución por edad



Edad

CRISIS ASMÁTICAS

Gráfico 6 Crisis asmáticas. Red de Médicos Centinela
Distribución de las crisis según semana de notificación. Semanas 6 a 9



**Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación
Año 2002**

	Nº casos semanas 6-9	Casos acumulados	Cobertura %
Gripe*	128	549	70,83
Otros procesos:			
Varicela	95	188	79,33
Herpes zoster	18	38	
Crisis asmáticas	99	229	

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



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/ Aduana 29, 1ª planta. 28013 Madrid

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

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

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico
->números disponibles en la red.)

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."