



COMUNIDAD AUTONOMA
DE LA REGION DE MURCIA
CONSEJERIA DE SANIDAD,
CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD

Boletín Epidemiológico de Murcia

Vol. 9 Nº 405. Pág. 11-16

Datos correspondientes a las semanas nº 5 y 6

Período comprendido entre el 1 de febrero y el 14 de febrero de 1987

Sección de Epidemiología - Ronda Levante, 11 30008-MURCIA - Telfs: 24 52 12 - 23 08 50

LA CALIDAD DE LA CERTIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE A TRAVES DE UNA ENCUESTA POSTAL

ANTECEDENTES

La información sobre mortalidad de la población se recoge en España, rutinariamente, desde el último tercio del siglo pasado, por el Registro Civil⁽¹⁾. Durante mucho tiempo ha sido uno de los escasos indicadores sanitarios disponibles. Si las ventajas de estos datos son exhaustividad, facilidad de obtención y bajo coste⁽²⁾, las limitaciones son también importantes, siendo la más invalidante la baja calidad del documento base en su elaboración, el Boletín Estadístico de Defunción (B.E.D.).

El interés de este punto viene dado, entre otros por dos aspectos: en primer lugar, la enorme cantidad de artículos dedicados, desde varios puntos de vista, a medir la calidad de la información de los Certificados de Muerte. Una extensa revisión llevada a cabo por el NCHS americano⁽³⁾ puede ser paradigmática. En nuestro país, también periódicamente se vienen publicando trabajos evaluando la calidad del B.E.D. en general^(2, 4, 5, 6) así como ciertas causas de muerte específicas como el cáncer^(7, 8, 9). Por último, el interés de formar a los profesionales médicos en la correcta asignación de la causa fundamental de muerte, ha llevado a organizar seminarios "ad hoc"^(10,11) así como a la edición de textos de auto-enseñanza⁽¹²⁾.

El objetivo de este trabajo es, mediante una encuesta postal, cuantificar las incorrecciones que con más frecuencia cometen en la cumplimentación, los médicos de la Comunidad Autónoma de Murcia (C.A.M.). Son objetivos subsidiarios, identificar grupos homogéneos de médicos que serán prioritariamente seleccionados para relizar unos seminarios de difusión de las normas sobre certificación de la causa de muerte, según los criterios de la OMS⁽¹³⁾ así como conocer la situación de partida en el Programa de Mejora⁽¹¹⁾ previsto.

El estudio se llevó a cabo en Murcia durante el último trimestre de 1985 y primero de 1986.

METODOLOGIA

Se envió, a una muestra aleatoria, representativa de los médicos de la C.A.M. un sobre conteniendo una carta de presentación informando sobre el interés del trabajo y la importancia de las respuestas, un cuestionario de dos hojas y un sobre con el franqueo correspondiente. Los cuestionarios eran anónimos.

La muestra necesaria ($p = q = 0,5$, $\alpha = 0,05$, $e \pm 5\%$) fue de 348 médicos. Se enviaron 400 cuestionarios en total.

El cuestionario indagaba sobre una serie de aspectos demográficos, laborales y de hábitos al cumplimentar los BÉD (Anexo I). Además se incorporó un supuesto teórico (Anexo II) del que se debía entresacar la causa fundamental de la muerte así como la secuencia de los hechos. Se consideraron dos tipos de indicadores de calidad, uno formal: legibilidad, utilización de mayúsculas, uso de abreviaturas, y el otro de fondo: correcta asignación de la secuencia, causas fundamental, intermedia, inmediata y otros procesos, así como el uso o no del término "Parada cardíaca" o sinónimos.

Al finalizar el mes del envío del sobre, y con el fin de optimizar la tasa de respuestas, se envió un nuevo sobre, completo, a los médicos que no habían contestado a la primera vuelta. Después del mes correspondiente, se dio por finalizado el período de recogida de respuestas, y se pasó a la fase de análisis.

El método de análisis ha sido comprobar, mediante test específicos según el tipo de variables (t student, X^2), la existencia o no de asociación con significación estadística. En el proceso se utilizó un IBM-PC, con el programa de cálculo MULTIPLAN⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

La tasa de respuestas obtenidas después de la primera vuelta fue 23%. La segunda vuelta aportó un 9,25% más. La tasa final de respuestas, fue por tanto 32,25%. Dado el alto número de no-respuestas se procedió a una comparación entre ambos grupos, para las variables en que disponíamos información de ambos.

La tabla 1 muestra la edad media de todos los médicos invitados a participar, así como el número de años (en promedio) que habían transcurrido desde que finalizaron la carrera.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS Y NO RESPUESTAS SEGUN SEXO, EDAD Y AÑO FINALIZACION DE LA CARRERA

	RESPUESTAS	NO/RESPUESTAS	SIGNIFICACION
SEXO (% mujeres)	25,58%	19,56%	
EDAD $\bar{X} \pm SD$	36,08 \pm 12,02	40,14 \pm 14,43	$p < 0,01$
AÑO FINALIZACION			
CARRERA $\bar{X} \pm SD$	10,13 \pm 11,75	13,87 \pm 13,44	$p < 0,01$

Situación regional de las enfermedades de declaración obligatoria de la semana 5 (del 1 al 7 de febrero de 1987)

Enfermedades (según lista de EDO) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 5		Casos acumulados semana 5		Mediana 80-86	
		1987	1986	1987	1986	Semana 06	Acumul.
Fiebre tifoidea	002	3	2	8	6	2	6
Disentería	004	0	0	2	1	0	2
5 Toxi-infec. alimentaria	003-005	20	5	49	10	2	10
5 Procesos diarreicos	006-009	1.225	1.157	8.148	6.700	773	3.589
5 I.R.A. inf. resp. aguda	460-466	15.438	15.614	82.477	73.369	6.061	31.301
Gripe	487	9.286	12.511	66.657	62.750	4.248	17.291
5 Neumonía	480-486	77	24	381	119	6	29
Tuberculosis respiratoria	011-012	1	2	16	13	2	13
Sarampión	055	3	5	8	28	12	47
Rubeola	056	13	50	38	171	17	76
Varicela	052	103	140	632	699	140	561
Escarlatina	034.1	6	3	36	19	3	19
Brucelosis	023	2	5	6	14	4	14
5 Sífilis	091	1	1	8	5	1	4
5 Infección gonocócica	098.0,098.1	0	15	26	58	10	58
Infección meningococica	036	1	6	17	13	4	19
Hepatitis	070	7	14	48	51	11	37
Parotiditis	072	8	32	33	184	39	217
Tosferina	033	3	41	31	209	34	150
* Otras meningitis	047.9,320.8	1	2	7	8		
* Otras tuberculosis	013-018	0	0	0	0		
* Otras E.T.S.	099-131	11	0	52	0		

* En estas enfermedades no se puede calcular la mediana por ser de notificación posterior a 1982

5 Datos correspondientes al último quinquenio

Distribución comarcal de los casos de enfermedades de declaración obligatoria (semana 5 de 1987)

Comarca		Noroeste 61.821	Altiplano 45.970	Lorca 110.866	Cartagena 238.201	Mula 21.820	Alcantar. 41.265	Cieza 47.996	Molina 76.636	Fort/Ab. 26.327	Murc. Cap. 284.585
Tasa: 1 caso por 100.000 h.		1,61	2,17	0,90	0,41	4,58	2,42	2,08	1,30	3,79	0,35
Fiebre CA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
Tifoidea AC	0	0	0	1	5	0	0	1	0	0	1
Disentería CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AC	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Toxi-infec. CA	2	6	0	9	0	0	0	0	1	0	2
Alimentaria AC	5	6	3	20	0	0	0	2	3	3	10
Procesos CA	84	158	60	260	16	55	59	147	27	27	359
Diarreicos AC	416	902	436	2.339	60	291	478	932	252	252	2.042
I.R.A. CA	761	2.056	982	2.895	87	784	915	1.413	394	394	5.151
In. resp. aguda AC	4.518	9.216	5.507	17.766	779	4.293	6.734	7.632	2.745	2.745	23.287
Gripe CA	542	708	1.043	2.453	170	488	652	1.001	346	346	1.883
AC	5.397	2.219	6.534	11.294	1.412	3.734	4.378	8.904	3.552	3.552	19.233
Neumonía CA	6	12	6	5	0	3	5	7	3	3	30
AC	23	39	109	35	1	10	18	18	9	9	119
Tuberculosis CA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Respiratoria AC	0	0	0	9	0	1	0	0	0	0	6
Sarampión CA	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
AC	0	2	1	2	2	0	0	0	0	0	1
Rubeola CA	4	0	0	2	0	0	0	2	0	0	5
AC	8	0	1	9	2	0	0	4	1	1	13
Varicela CA	5	20	16	4	0	4	5	9	0	0	40
AC	26	174	47	49	0	13	11	86	11	11	215
Escarlatina CA	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
AC	16	0	0	18	0	0	0	0	0	1	1
Brucelosis CA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
AC	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1	1
Sífilis CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AC	0	1	0	2	0	0	2	1	0	0	2
Infección CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonocócica AC	2	2	1	9	2	1	3	0	0	0	6
Infección CA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
meningococi. AC	2	1	2	4	0	2	0	0	1	1	5
Hepatitis CA	1	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0
AC	3	0	14	10	1	0	11	1	0	0	8
Parotiditis CA	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5
AC	0	3	1	3	0	1	0	6	0	0	19
Tos CA	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Ferina AC	11	0	0	2	0	0	0	8	0	0	10
Otras CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningitis AC	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	3
Otras CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis AC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras E.T.S. CA	0	2	0	1	0	0	3	0	0	0	5
AC	9	3	0	15	0	0	6	3	0	0	16

CA = nº de casos en esta semana

AC = nº de casos acumulados desde la primera semana del año.

Estado de las enfermedades de declaración obligatoria de baja incidencia

Enfermedades (Según lista de E.D.O.) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 5		Casos acumulados semana 5	
		1987	1986	1987	1986
5 Hidatidosis	122	1	0	1	0
Fiebre reumática	390-392	1	1	11	2

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

A partir de este momento, el análisis viene referido exclusivamente al grupo de médicos que respondió al cuestionario.

TABLA 2

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS SEGUN SITUACION Y SEXO

SEXO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	n=96	n=33	n=129
SITUACION	% ± C*	% ± IC	% ± IC
ACTIVO	76 ± 8,5	51,5 ± 17,0	69,77 ± 7,9
PARO	18,8 ± 7,8	45,5 ± 17,0	25,6 ± 7,5
JUBILADO	2,1 ± 2,9	3 ± 5,8	2,35 ± 2,6
OTROS	3,1 ± 3,5	-	2,35 ± 2,6

IC* Intervalo de Confianza 95%

La tabla 2 muestra la situación laboral. Un 69,77% está en activo, y un 30,23% no. De estos el 84,6% está en paro y un 7,7% jubilado.

TABLA 3

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS SEGUN LUGAR DE TRABAJO

LUGAR	HOSPITAL	AMBULATORIOS		APS		URG.	OTROS	N.C.
		M.G.	ESPC.	M.G.	PED.			
TOTAL								
n=129	24,81 ± 7,5	17,83 ± 6,6	9,3 ± 5,0	8,5 ± 4,8	1,6 ± 2,2	2,3 ± 2,6	6,2 ± 4,2	29,46 ± 7,9
% ± IC								

M.G.: MEDICO GENERAL

APS: ATENCION PRIMARIA DE SALUD

N.C.: NO CONSTA

La tabla 3 describe el lugar de trabajo. El 24,81% trabaja en instituciones cerradas. El 39,5% en diversos tipos de instituciones abiertas. En un 29,46% se desconoce.

TABLA 4

CUMPLIMENTACION DE LOS BED SEGUN LAS RESPUESTAS

PERSONA	SIEMPRE REGISTRO		FUNERAR.	ATS	FAM.	OTR.	N.C.
	Ud.	CIVIL					
D. Fallecido							
% ± IC	37,2 ± 8,3	7 ± 4,4	14,7 ± 6,1	7,7 ± 4,6	4,6 ± 3,6	1,5 ± 2,1	27,3 ± 7,7
C. Defunción							
% ± IC	69 ± 8,0	-	0,8 ± 1,5	-	-	1,5 ± 2,1	28,7 ± 7,8

El tipo de persona que habitualmente cumplimenta cada uno de los apartados del BED viene representado en la tabla 4. Los datos del fallecido son cumplimentados en el 37,2% siempre por el médico. En el 35,66% por otros (personal del Registro Civil, funerarias, etc.). Los datos específicos de las causas de defunción son cumplimentadas siempre por el médico en un 69% de las veces, y sólo en 2,32% por otros. No obstante, en el 28,7% se desconoce este dato.

Estas dos variables no mostraron ningún tipo de asociación con significación estadísticas al desagregarlas según año en que finalizó la carrera y lugar de trabajo.

La distribución de los indicadores de calidad propuestas (forma y fondo) se muestran en las tablas 5 y 6. Si la legibilidad es posible en el 98,4% de los casos, el uso de mayúsculas se realiza en un 27,4%, utilizando abreviaturas en un 8% de las ocasiones.

La secuencia de los hechos es incorrecta en un 85,5%. Las causas fundamentales, intermedia e inmediata están incorrectamente asignadas en un 17,8%, 70% y 29% respectivamente, así como en un 13% otros procesos, aunque con mayor frecuencia, 71,7%, quedan incumplimentados.

Por último el término "parada cardiaca" se utiliza en un 24,2% dentro de alguno de los epígrafes del BED.

La secuencia correcta mostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) con la edad media de los médicos encuestados. Así los médicos más jóvenes elegían una secuencia incorrecta con mayor frecuencia.

Las demás variables exploradas, no señalaron la existencia de diferencias de interés estadístico al compararlas con los indicadores de calidad seleccionadas.

DISCUSION

Las encuestas postales son un método útil de obtener información de amplios grupos de población. La mayor limitación es la variable tasa de respuestas que se obtiene, aunque esto depende del interés, por parte del entrevistado, sobre el tema que se indaga. Así, la amplitud de la variación puede ir desde un 15%, en una encuesta dirigida a médicos jóvenes ingleses, hasta un 95% en una realizada sobre enfermeras de la comunidad del mismo país⁽¹⁵⁾. Algunos autores proponen su utilización⁽¹⁵⁾ sobre todo para interrogar sobre diversos aspectos de la salud. Estudios efectuados comparando el sistema postal, con otros, como el telefónico apoyan la utilidad del primero⁽¹⁶⁾ y en general, lo que se argumenta es sobre distintas formas de aumentar las tasas de respuestas^(17,18).

El método aquí utilizado para aumentar las tasas de respuestas fue el envío por segunda vez de todo el material, a las personas que no habían contestado al primer contacto. Esto consiguió un incremento del 9,25%. No obstante la tasa de respuestas conseguida ha sido muy baja, 32,25%, lo que plantea problemas de representatividad de los resultados, así como el sesgo de las no-respuestas. Al haber respondido un mayor porcentaje de médicos jóvenes, que a su vez cumplimentan el BED más incorrectamente, el sesgo pudiera infravalorar la calidad de las certificaciones en nuestro medio.

En los trabajos revisados sobre este aspecto^(15, 19, 20, 21) la sugerencia que proponen es comparar la información disponible de las no respuestas con la obtenida en la encuesta, en relación a características básicas tales como edad, sexo y otras, aunque el hecho de que los dos grupos no difieran significativamente no demuestra que no haya sesgo de no respuestas⁽¹⁵⁾. Este fue el método aquí seguido, y las diferencias entre ambos grupos fueron significativas, por lo que las conclusiones del trabajo, se limitaran a los médicos que respondieron.

En general salvo trabajos específicos, no se suele validar la información que existe en los BED. Algunos métodos propuestos son: comprobar la información del BED con la Historia Clínica Individual^(9, 22, 23) y la concordancia con los resultados de autopsia^(5, 24). Un reciente método, propuesto para evaluar los seminarios de difusión de las normas de certificación médica de las causas de defunción⁽¹⁰⁾ es el de utilizar un supuesto teórico. Este trabajo se ha basado en este método. Los resultados que obtuvieron en dichos seminarios para médicos fundamental y un 12,2% la secuencia de hechos. En nuestro caso las cifras son 17,8% y 85,5% respectivamente. Esta discrepancia puede deberse básicamente al diferente supuesto utilizado pero demuestra dos cosas: la primera es que un porcentaje variable pero en absoluto despreciable esta clasificando erróneamente la causa fundamental de muerte, con su repercusión sobre las estadísticas de mortalidad. La necesidad de hacer estudios en este sentido es evidente. Por otra parte el elevado porcentaje de médicos que seleccionan erróneamente la secuencia sugiere la incompreensión de lo que el BED demanda.

TABLA 5

CARACTERISTICAS FORMALES DE LOS BED EN LOS CUESTIONARIOS DEVUELTOS

		INDI. FORMAL	MAYUSCULAS	ABREVIATURAS
		LEGIBILIDAD		
TOTAL				
n = 124	SI	98,4 ± 2,2	27,4 ± 7,9	8 ± 4,8
% ± IC	NO	1,6 ± 2,2	72,6 ± 7,9	92 ± 4,8

TABLA 6

CARACTERISTICAS DE FONDO DE LOS BED EN LOS CUESTIONARIOS DEVUELTOS

		INDI. FONDO	C. FUND.	C. INTER.	C. IMM.	OTROS P.	PARADA
		Secu. correc.					
TOTAL	SI	14,5 ± 6,2	79 ± 7,2	23,5 ± 7,5	71 ± 8,0	15,3 ± 6,3	24,2 ± 7,5
n=124	NO	85,5 ± 6,2	17,8 ± 6,7	70 ± 8,1	29 ± 5,8	13 ± 5,9	73,4 ± 7,8
% ± IC	NC	-	3,2 ± 3,1	6,5 ± 4,3	-	71,7 ± 7,9	2,4 ± 2,7

ANEXO I

Aspectos indagados por el cuestionario

1. Datos demográficos: edad, sexo.
2. Actividad profesional:
 - fecha finalizó la carrera.
 - especialidad.
 - lugar de trabajo.
3. Persona/s que habitualmente complimentan los distintos apartados del B.E.D.: entrevistado, registro civil, funerarias, etc.
4. Nº BED/año.

ANEXO II

Supuesto teórico: indicadores de calidad

“Una mujer de 53 años, con diabetes insulino-dependiente y varios episodios de descompensación de su proceso, sufre un ataque de apendicitis aguda perforada.

Se le practica una apendicectomía satisfactoria, pero su proceso metabólico se agrava, falleciendo a las dos semanas por cetoacidosis”.

	DE FORMA	- Legibilidad	
		- Mayúsculas	
		- Abreviaturas	
INDICADORES	DE FONDO	- Secuencia	
DE CALIDAD		- Causas	- Fundamental
			- Intermedia
			- Inmediata
		- Otros Procesos	
		- Parada cardíaca	

BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población, 1975. Madrid, 1977.
2. Doménech, J. y Segura, S. El papel del médico en la Calidad de las Estadísticas de Mortalidad, Jano, 1984. Monográfico “El médico y la Información Sanitaria”.
3. National Center for Health Statistics. Annotated bibliography of Cause-of-death. Validation studies: 1958-1980. Research Serie 2, nº 89, 1982.
4. Navarro Sánchez, C. La cumplimentación del B.E.D. en la Región de Murcia. Bol. Salud Región de Murcia, 1983, 3:73-88.
5. Nava Caballero, J.M.; Huguet Recasens, M. y Carrasco, M.A. Certificado Médico de defunción. Su fiabilidad. Rev. San. Hig. Pub., 1985; 59: 667-675.
6. García Benavides, F. Bolumar, F., Guiral, S. y González, E. Hallazgos preliminares sobre la exactitud de las causas de muerte certificadas en “Estadísticas Vitales”. 1º Monografía de la S.E.E.” Granada, 1985.
8. Lizan, M. Validación de los BED en relación con el cáncer. Sección Epidemiología. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Murcia, 1985. Datos sin publicar.
9. Navarro Sánchez, C.; Sánchez Sánchez, J.A. y Molina Illan, J.A. Validez del BED como fuente de Datos en las estadísticas sobre el cáncer. Un estudio preliminar. 1985. Bol. Soc. Ep. Epidemiol. nº extra, 20.
10. Domenech, J. y Segura, A.: Programa de mejora de la calidad de las estadísticas de mortalidad. Dpto. de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Documentos no publicados.
11. Tormo, M.J. y Navarro, C. Programa de mejora de las estadísticas básicas de mortalidad. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Murcia, 1985. Documento de trabajo.
12. Universidad Autónoma México. Certificación médica de la causa de defunción. Unidad programada de Auto-enseñanza Publ. Técnica nº 6, México, 1980.
13. OMS. Certificación médica de cusa de defunción, 4º edic. 1980.
14. MULTIPLAN™ Microsoft. versión 1.00. IBM, 1982-1983.
15. Cartwright, A. Health Survey in practice and in potencial Oxford University Press, London, 1983.
16. Siemietycki, J., Campbell, S. Richerdson, L. y Albert, D.: Quality of response in different population groups in mail and telephone surveys. Am j Epidemiol. 1984; 120: 302-14.
17. Woodward, A. Douglas, B. y Miles, H. Chance of free dinner increases response to mail questionnaire. Int. J. Espidemiol 1985, 14: 641-42.
18. Little, R.E. y Davis, D.K. Effectiveness of various methods of contact and reimbursement on response rates of pregnant women to a mail questionnaire. Am j. Epidemiol. 1984, 120: 161-163.
19. Siemietycki, J. y Campbell, S. Non response bias and early versus all responders in mail and telephone surveys. Am. J. Epidemiol. 1984; 120: 291-301.
20. Clark, V.A., Aneshensel, C., Frerichs, R.R. y Morgan, T.M. Analysis of non response in a prospective study of depression in Los Angeles County. Int J. Epidemiol 1983; 12: 193-198.
21. Forthofer, R.N. Investigation of non respone bias in NHANES II. Am J. Epidemiol 1983; 117: 507-15.
22. Percy, C., Stanek, E. y Gloeckler, L. Accuracy of Cancer Death Certificate and its effect on Cancer Mortality Statistics. Am J. Public Health, 1981; 71: 242-250.
23. Gittelshn, A. y Senning, D. Studies on the reliability of vital and Health Records: I. Comparison of cause of Death and Hospital Record Diagnoses. Am J. Public Health, 1975; 69: 680-689.
24. Engel, L.W., Strauchen, J.A. Chiazze, L y Heid, M.: Accuracy of Death Certification in an Autopsied Population with Specific Attention to Malignant Neoplasm and vascular Diseases. Am J Epidemiol, 1980; 311(1): 99-112.
25. Segura, A: Fuentes de Error en la interpretación de las tasas de mortalidad y de incidencia de Cáncer en España. Oncología, 1986, 9: 52-60.

continúa en la pag - 16

Situación regional de las enfermedades de declaración obligatoria de la semana 6 (del 8 al 14 de febrero de 1987)

Enfermedades (según lista de EDO) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 6		Casos acumulados semana 6		Mediana 80-86	
		1987	1986	1987	1986	Semana 06	Acumul.
Fiebre tifoidea	002	1	1	9	7	2	9
Disentería	004	2	0	4	1	0	2
5 Toxi-infec. alimentaria	003-005	16	6	65	16	1	11
5 Procesos diarreicos	006-009	1.338	986	9.486	7.693	641	4.230
5 I.R.A. inf. resp. aguda	460-466	15.055	13.232	97.532	86.601	6.641	38.556
Gripe	487	6.978	9.199	73.635	71.949	2.665	21.640
5 Neumonía	480-486	70	21	451	140	3	42
Tuberculosis respiratoria	011-012	4	3	20	16	2	16
Sarampión	055	4	18	12	46	18	58
Rubeola	056	7	41	45	212	18	108
Varicela	052	162	122	794	821	122	723
Escarlatina	034.1	8	9	44	28	5	28
Brucelosis	023	1	5	7	19	4	18
5 Sífilis	091	1	2	9	7	1	5
5 Infección gonocócica	098.0.098.1	9	16	35	74	15	74
Infección meningocócica	036	2	0	19	13	4	22
Hepatitis	070	15	11	63	62	11	55
Parotiditis	072	6	29	39	213	43	271
Tosferina	033	3	26	34	235	17	160
* Otras meningitis	047.9.320.8	0	2	7	10		
* Otras tuberculosis	013-018	0	0	0	0		
* Otras E.T.S.	099-131	10	0	62	0		

* En estas enfermedades no se puede calcular la mediana por ser de notificación posterior a 1982

5 Datos correspondientes al último quinquenio

Distribución comarcal de los casos de enfermedades de declaración obligatoria (semana 6 de 1987)

Comarca	Noroeste 61.821	Altiplano 45.970	Lorca 110.866	Cartagena 238.201	Mula 21.820	Alcantar. 41.265	Cieza 47.996	Molina 76.636	Fort/Ab. 26.327	Murc. Cap. 284.585
Tasa: 1 caso por 100.000 h.	1,61	2,17	0,90	0,41	4,58	2,42	2,08	1,30	3,79	0,35
Fiebre CA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Tifoidea AC	0	0	1	6	0	0	1	0	0	1
Disentería CA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
AC	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1
Toxi-infec. CA	1	11	0	0	0	3	0	1	0	0
Alimentaria AC	6	17	3	20	0	3	0	3	3	10
Procesos CA	70	167	93	319	8	66	58	125	29	403
Diarreicos AC	486	1.069	529	2.658	68	357	536	1.057	281	2.445
I.R.A. CA	679	1.383	1.052	3.452	52	793	853	1.265	507	5.019
In. resp. aguda AC	5.197	10.599	6.559	21.218	831	5.086	7.587	8.897	3.252	28.306
Gripe CA	530	311	891	2.052	90	317	264	893	189	1.441
AC	5.927	2.530	7.425	13.346	1.502	4.051	4.642	9.797	3.741	20.674
Neumonía CA	7	4	11	5	0	1	3	8	2	29
AC	30	43	120	40	1	11	21	26	11	148
Tuberculosis CA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Respiratoria AC	0	0	1	9	0	1	0	0	0	9
Sarampión CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
AC	0	2	1	2	2	0	0	0	0	5
Rubeola CA	0	0	4	1	0	0	1	0	0	1
AC	8	0	5	10	2	0	1	4	1	14
Varicela CA	0	22	15	8	2	2	8	11	3	91
AC	26	196	62	57	2	15	19	97	14	306
Escarlatina CA	6	0	0	0	0	0	0	2	0	0
AC	22	0	0	18	0	0	0	2	1	1
Brucelosis CA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AC	1	0	2	1	0	0	0	0	2	1
Sífilis CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
AC	0	1	0	2	0	0	2	1	0	3
Infección CA	1	1	3	1	0	0	0	1	1	1
Gonocócica AC	3	3	4	10	2	1	3	1	1	7
Infección CA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
meningococi. AC	2	1	2	6	0	2	0	0	1	5
Hepatitis CA	0	0	5	4	0	2	2	0	0	2
AC	3	0	19	14	1	2	13	1	0	10
Parotiditis CA	0	0	0	2	1	0	0	1	0	2
AC	0	3	1	5	1	1	0	7	0	21
Tos CA	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Ferina AC	13	0	0	3	0	0	0	8	0	10
Otras CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis AC	0	0	2	0	0	0	0	2	0	3
Otras CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis AC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras E.T.S. CA	0	0	0	2	0	0	3	1	0	4
AC	9	3	0	17	0	0	9	4	0	20

CA = nº de casos en esta semana

AC = nº de casos acumulados desde la primera semana del año.

Estado de las enfermedades de declaración obligatoria de baja incidencia

Enfermedades (Según lista de E.D.O.) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 6		Casos acumulados semana 6	
		1987	1986	1987	1986
5 Hidatidosis	122	1	0	1	0
Fiebre reumática	390-392	3	7	14	9

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

Porcentaje de declaración semanal (semana 5 de 1987)

Total Regional: 82,48%

Municipios con menos del 80,0%:

ABANILLA	0,0%	CEUTI	33,3%
ALBUDEITE	0,0%	JUMILLA	75,0%
BENIEL	66,6%	LORCA	65,3%
BLANCA	66,6%	MORATALLA	60,0%
CARAVACA DE LA CRUZ	77,7%	VILLANUEVA R. SEGURA	0,0%
CARTAGENA	57,8%		

Porcentaje de declaración semanal (semana 6 de 1987)

Total Regional: 83,96%

Municipios con menos del 80,0%:

ABANILLA	50,0%	LORCA	76,9%
BLANCA	66,6%	MORATALLA	60,0%
CARTAGENA	45,3%	OJOS	0,0%
CEUTI	33,3%	VILLANUEVA R. SEGURA	0,0%
JUMILLA	62,5%		

viene de la página 14

COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO REGIONAL

Gripe: Tras el pico de actividad gripal, registrado en la semana 3 de este año, hemos vuelto a una situación de incidencia notificada inferior a la del año anterior, aún cuando en el número de casos acumulados se sobrepasen ligeramente las cifras de 1986. La mayor incidencia ha sido notificada en los municipios de Santomera, Molina y Pliego.

Intoxicación Alimentaria: Los casos reportados por Yecla no se corresponden con ningún brote sino que se deben a casos aislados.

Hepatitis: Estas semanas han sido reportados 2 casos de Hepatitis con interés epidemiológico. El primero se trata de un varón de 23 años, residente en Mazarrón, del que una semana antes se había notificado la misma enfermedad en una hermana suya de 17 años. El segundo es otro varón de 3 años residente en Cieza, del que un mes antes se había notificado la misma enfermedad en otros 2 hermanos. Aunque el diagnósti-

co del tipo de hepatitis no ha sido notificado y, por el rango de edad, en el primer caso pueden existir dudas, en el segundo caso es de suponer que se trate de una hepatitis tipo A con transmisión intrafamiliar. Es por tanto, importante recordar la importancia de la Educación Sanitaria de los enfermos para prevenir la transmisión intrafamiliar. Esta se basa en la administración de IG inespecífica a dosis de 0,02 ml/kg. peso, por vía intramuscular y dentro de los 15 primeros días posteriores a la exposición, a los contactos familiares de edad más joven y la desinfección de los objetos personales y excretas (orina, heces y sangre) con lejía, ya que no existe tratamiento eficaz de la enfermedad y la evolución es benigna. El período de transmisibilidad es máximo de desde la segunda mitad del período de incubación (15 a 50 días con una media de 30) hasta algunos días después del inicio de la ictericia o durante el máximo de actividad de las transaminasas en los casos anictéricos.

Hasta la semana 6 se ha detectado un aumento en los casos esperados en los municipios de Cieza y Puerto Lumbreras.

BOLETIN QUINCENAL



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