

# EL CONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN PROFESIONALES SANITARIOS

J. M. Escribà Jordana<sup>1</sup> / J. Canela Soler<sup>2</sup> / M. R. Sala Farré<sup>3</sup> / A. Orcau Palau<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Bellvitge «Prínceps d'Espanya». Hospitalet de Llobregat. <sup>2</sup>Unidad de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de vigilancia epidemiológica. Delegación Territorial de Barcelona. Generalitat de Catalunya

## Resumen

El objetivo del presente estudio es evaluar el conocimiento que diversos profesionales sanitarios (principalmente médicos y diplomados en enfermería) tienen sobre la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria (E.D.O.) y sus formas, con especial énfasis en las enfermedades de declaración urgente. Los cuatro grupos encuestados (91 personas que participaron en diversos seminarios de salud pública durante los períodos lectivos 1989-90 y 1990-91) obtuvieron una puntuación media de  $16,6 \pm 5,2$  en una escala cuantitativa de 0 a 27 puntos. El cólera es la E.D.O. con el porcentaje de aciertos más elevado en cuanto al conocimiento de su notificación (100% en dos grupos) y el tifo exantemático es la que presenta el porcentaje más bajo (23%). La diversidad en el conocimiento de las formas de declaración de este conjunto de enfermedades entre los grupos estudiados sugiere la necesidad de insistir en la formación continuada sobre la temática de la vigilancia epidemiológica y de las E.D.O. en el ámbito de la Salud Pública en Cataluña.

**Palabras clave:** Vigilancia Epidemiológica. Enfermedades de declaración obligatoria. Sistemas de información sanitaria.

## KNOWLEDGE OF THE REPORTING OF COMMUNICABLE DISEASES AMONG HEALTH CARE WORKERS

### Summary

In order to assess what different health care workers (mainly physicians and nursing staff) know about the reporting of communicable diseases, with special emphasis on diseases that must be urgently reported, four groups were interviewed about this health information system (91 persons, who took part in different Public Health Seminars during the periods 1989-90 and 1990-91). The total mean score was  $16.6 \pm 5.2$ , in a quantitative scale ranging from 0 to 27 points. Cholera was the communicable disease with the highest percentage of correct answers concerning the knowledge of its reporting (100% in two groups), while typhus was the disease with the lowest percentage (23%). The diversity of the results within the study groups suggests that it is necessary to insist on a continuous training on epidemiological surveillance and communicable diseases within Public Health activities in Catalonia.

**Key words:** Epidemiological surveillance. Communicable diseases. Health information systems.

## Introducción

La vigilancia epidemiológica (VE) ha sido una de las primeras actividades de los servicios sanitarios, fruto de la necesidad de controlar y prevenir, en lo posible, las grandes epidemias. En la actualidad, el alcance y las repercusiones de las enfermedades transmisibles están relativizados por la presencia de otros problemas de salud de etiología no infecciosa, situación que afecta a los objetivos que debe cumplir la VE. Ésta consiste en «un escrutinio periódico realizado, en general, mediante métodos caracterizados por su pragmatismo, homogeneidad y, con frecuencia, por su agilidad más que por su precisión (sensibilidad a costa de especificidad). Su principal propósito es el de detectar cambios en las tendencias temporales de presentación de los problemas, así como en su distribución, con la finalidad de iniciar investigaciones o de establecer medidas de prevención y control»<sup>2</sup>. También se define como la observación continuada de la

distribución y tendencias en la incidencia de las enfermedades, a través de la recopilación sistemática y evaluación de los informes o declaraciones de morbilidad, mortalidad y otros datos relevantes, y la difusión de la información a todos aquellos que precisan de su conocimiento. Este concepto incluye la distribución regular de la información, su análisis e integración en la realización y evaluación de programas específicos de salud<sup>3-9</sup>.

En Cataluña, el Departament de Sanitat de la Generalitat asumió las competencias transferidas por la Administración Central en el ámbito del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en 1979. En 1980 se constituyó un grupo de trabajo para modificar tal sistema<sup>10</sup>, fruto del cual en 1982 la Generalitat modificó el sistema de notificación de las EDO en Cataluña. El énfasis se puso, no tanto sobre las enfermedades, sino sobre el procedimiento, con la finalidad de hacer más ágiles y operativos los circuitos de declaración<sup>11</sup>. Se establecieron tres tipos de declaración, según la importancia de la enfermedad (tabla 1).

Correspondencia: J. M. Escribà. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Bellvitge «Prínceps d'Espanya» Feixa Llarga s/n. 08907 Hospitalet de Llobregat. Este artículo fue recibido el 18 de septiembre de 1991 y fue aceptado, tras revisión, el 6 de julio de 1992.

**Tabla 1. Enfermedades de declaración obligatoria (Cataluña, 1990)**

De declaración numérica	De declaración individualizada	De declaración urgente:
- brotes epidémicos <sup>1</sup>	- brucelosis	- cólera
- brucelosis	- cólera	- fiebre amarilla
- carbunco	- difteria	- enfermedad meningocócica
- tos ferina	- disentería bacilar	- paludismo
- cólera	- disentería amebiana	- peste
- difteria	- fiebre amarilla	- poliomielitis
- disentería bacilar	- fiebre recurrente por garrapatas o piojos	- rabia
- disentería amebiana	- fiebre tifoidea y paratifoidea	- tífus exantemático
- enteritis y diarreas <sup>2</sup>	- infección meningocócica	- brotes epidémicos de cualquier etiología (infecciosa, tóxica u otra) sospechosa o confirmada
- escarlatina	- hepatitis A	
- fiebre amarilla	- hepatitis B	
- fiebre recurrente por garrapatas o piojos	- otras hepatitis víricas <sup>10</sup>	
- fiebre reumática aguda	- legionelosis	
- fiebre tifoidea y paratifoidea	- lepra	
- gripe	- paludismo	
- hepatitis A	- peste	
- hepatitis B	- poliomielitis	
- hepatitis víricas <sup>3</sup>	- rabia	
- hidatidosis	- rubeola congénita	
- infección gonocócica <sup>4</sup>	- sífilis congénita	
- infección respiratoria aguda <sup>5</sup>	- tétanos	
- leishmaniosis	- tífus exantemático	
- legionelosis	- otras rickettsiosis <sup>11</sup>	
- lepra	- triquinosis	
- leptospirosis	- tuberculosis pulmonar	
- enfermedad meningocócica	- meningitis tuberculosa	
- enfermedades de transmisión sexual <sup>6</sup>	- otras tuberculosis <sup>12</sup>	
- meningitis <sup>7</sup>		
- oftalmia <i>neonatorum</i>		
- paludismo		
- parotiditis		
- peste		
- neumonía		
- poliomielitis		
- rabia		
- rickettsiosis <sup>8</sup>		
- rubeola		
- rubeola congénita		
- septicemia puerperal		
- SIDA		
- sífilis		
- sífilis congénita		
- tétanos		
- tífus exantemático		
- toxoinfecciones alimentarias		
- tracoma		
- triquinosis		
- tuberculosis pulmonar		
- meningitis tuberculosa		
- tuberculosis <sup>9</sup>		
- varicela		
- sarampión		

<sup>1</sup> cualquier etiología

<sup>2</sup> otras que la disentería

<sup>3</sup> otras que la hepatitis A y B

<sup>4</sup> otras que la oftalmia *neonatorum*

<sup>5</sup> otras que la gripe y la neumonía

<sup>6</sup> otras que la gonococia y la sífilis

<sup>7</sup> otras que la meningocócica y la tuberculosa

<sup>8</sup> otras que el tífus exantemático

<sup>9</sup> otras que la pulmonar y la meningitis

<sup>10</sup> excluye la hepatitis A y B

<sup>11</sup> incluye la fiebre botonosa mediterránea

<sup>12</sup> excluye la tuberculosis pulmonar y la meningitis tuberculosa

Las enfermedades de declaración *numérica* deben declararse semanalmente. Algunas de las enfermedades han de ser notificadas de manera individualizada, con objeto de permitir una acción epidemiológica y de control inmediata. La declaración *individualizada* se efectúa en el momento en que la enfermedad es detectada -la

sospecha es suficiente- mediante otro modelo de impreso. La declaración *urgente* debe efectuarse en el momento en que se detecta el caso; como en el caso de la declaración individualizada, no es necesaria la confirmación diagnóstica, siendo la sospecha suficiente. La declaración urgente no exime de la declaración individualizada,

**Tabla 2. Distribución de los individuos encuestados según ocupación**

	Nº	%
Médicos de Asistencia Primaria	35	38,5
Médicos de Salud Pública	23	25,3
Diplomados en Enfermería	15	16,5
Veterinarios, químicos, farmacéuticos	8	8,8
Maestros	4	4,4
Otros (en paro, desconocida, etc.)	6	6,6
Total	91	100

debiéndose notificar de la manera más rápida posible, y en menos de 24 horas. Son de notificación urgente las enfermedades tradicionalmente conocidas como cuarentenables y otras en que también puede ser necesario tomar medidas de control inmediatas para evitar su extensión, o porque es necesaria una investigación epidemiológica sin demora<sup>11,12</sup>.

El objetivo del presente trabajo es determinar el conocimiento de la declaración de las enfermedades de notificación obligatoria, y sus distintas formas, entre profesionales sanitarios, participantes en distintos cursos de postgrado, la mayoría de ellos relacionados directa o indirectamente con actividades de Salud Pública en Cataluña.

### Material y métodos

Se realizó una encuesta entre los asistentes al Master de Salud Pública (MSP) de la Universidad de Barcelona (curso 1989-90) y otros cursos y seminarios relacionados con esta temática. Participaron en el estudio 91 individuos (tabla 2). De ellos, 31 fueron hombres (34,1%) y 60 mujeres (65,9%), con una media de edad global de  $33 \pm 5,3$  años, no existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la misma entre los distintos grupos estudiados ( $p > 0,05$ ). El colectivo más representado fue el de los médicos de Asistencia Primaria (38,5%), seguido por los médicos de Salud Pública (25,3%).

Se realizaron en total 137 encuestas, puesto que a algunos participantes se les interrogó dos veces, al principio y al final del curso (Tabla 3). Salvo a los grupos 2 (MSP) y 3 (postgrado en Enfermería Comunitaria), a los cuales se pasó la encuesta una sola vez, a algunos individuos de los restantes grupos sólo se les pudo pasar el test una sola vez, ya que fuera antes (a) o bien después (d); de ahí que no coincidan el número de encuestas antes y después en los grupos 1 (a) y 1 (d) y en los grupos 4 (a) y 4 (d).

En el modelo de encuesta propuesto (Anexo) se incluyeron, entre las enfermedades notificables, otras tres que no forman parte de dicho sistema: la mononucleosis infecciosa, la psitacosis y la listeriosis. Para su elaboración y valoración posterior, se tuvieron en cuenta las normas de notificación de las EDO vigentes para 1990, año en el que se efectuó el estudio<sup>13</sup>. Se pasó el cuestionario antes de iniciarse el módulo sobre Vigilancia Epidemiológica incluido dentro del programa docente del MSP y al concluir éste. Igualmente se procedió con los participantes en otro seminario organizado por el Institut d'Estudis de la Salut (I.E.S) sobre «Métodos y Técnicas de Vigilancia y Análisis Epidemiológico» (octubre de 1990), pero en este caso fue posible además identificar a los sujetos al inicio y a la finalización del curso. No se pudo realizar un análisis para datos apareados en los grupos 1 (a) y 1 (d) al no ser identificables los sujetos objeto de la encuesta por falta de información. Por ello, se compararon los dos grupos globalmente, como un diseño para datos independientes. En cambio, sí fue posible hacer un análisis de medidas repetidas para los grupos 4 (a) y 4 (d), al identificar a los sujetos, aun preservando la confidencialidad, mediante un código mixto de cinco dígitos compuesto por las iniciales del nombre y la edad. La razón de tal estrategia fue analizar si la información facilitada mejoraba realmente el conocimiento de las enfermedades transmisibles con implicaciones importantes para la salud de la población, esperando confirmar la impresión que se tenía inicialmente respecto a la necesidad de continuar en la dirección emprendida de organización de cursos y seminarios sobre la epidemiología de las enfermedades transmisibles.

**Tabla 3. Distribución del total de encuestas dentro de los grupos, según su ocupación**

	Grupo 1 (a) MSP opt	Grupo 1(d) MSP opt	Grupo 2 MSP no opt	Grupo 3	Grupo 4 (a)	Grupo 4 (d)	Total encuestas
Médicos (Asistencia Primaria Hospital y Empresa)	20	23	5	1	7	7	63 (46%)
Médicos (Salud Pública)	2	2	6	11	4	3	28 (20,4%)
Diplomados en Enfermería	7	5	1	1	6	3	23 (16,8%)
Veterinarios, químicos y farmacéuticos	—	—	4	—	4	3	11 (8%)
Maestros-Docencia	—	—	—	4	—	—	4 (2,9%)
Otros (en paro, etc.)	1	—	1	2	—	—	4 (2,9%)
Desconocido	1	—	—	2	1	—	4 (2,9%)
Total	31	30	17	21	22	16	137

Grupo 1 (a). Master Salud Pública (curso-89-90) módulo optativo sobre Vigilancia Epidemiológica (V.E.) antes (previo a su inicio)  
 Grupo 1 (d). Grupo 1 (a) Master Salud Pública (curso-89-90) módulo optativo sobre Vigilancia Epidemiológica después (una vez concluido)  
 Grupo 2. Master Salud Pública (curso 89-90), no inscritos en el módulo sobre V.E. antes  
 Grupo 3. Curso de Postgrado en Enfermería Comunitaria (Universitat de Barcelona, curso 1989-90) antes  
 Grupo 4. (a) Seminario sobre Métodos y Técnicas de Vigilancia y Análisis Epidemiológico (I.E.S., 15-26 Oct. 1990) antes  
 Grupo 4. (d) Seminario sobre Métodos y Técnicas de Vigilancia y Análisis Epidemiológico (I.E.S., 15-26 Oct. 1990) después  
 Nota: en los grupos 2 y 3 sólo se pasó la encuesta al iniciarse el curso, pero no al final.

**Tabla 4. Puntuaciones medias entre los grupos para las enfermedades de declaración urgente y para las no declarables 1998-90**

Grupo estudiado	Nº de individuos por grupo	Enfermedades de declaración urgente (escala de 0 a 27 puntos)		Enfermedades no declarables (escala de 0 a 9 puntos)	
		Puntuación media X ±DE	Significación estadística P	Puntuación media X ±DE	Significación estadística P
Grupo 1 (a)	31	15,3 ±4,7	< 0,005	6,7 ±1,2	NS
Grupo 1 (d)	30	19,1 ±4,6		7 ±1,4	
Grupo 2	17	17,2 ±5,2	NS*	7,5 ±1,3	< 0,05*
Grupo 3	21	16 ±4,3		8 ±1,1	
Grupo 4 (a)	22	18,6 ±6,6	NS	7 ±1,5	NS
Grupo 4 (d)	16	22,1 ±4,1		7,3 ±1,6	

NS: no significativa.

\* Al comparar los grupos 2 y 3.

Para el análisis estadístico de los resultados, se valoraron las puntuaciones medias para cada colectivo estudiado en el grupo de enfermedades de declaración urgente (en número de nueve) y en el grupo de enfermedades no declarables -mononucleosis, psitacosis y listeriosis. Se hizo únicamente para estos dos grupos de enfermedades para simplificar el análisis y la exposición de los resultados y por razones de manejabilidad de la información disponible, ya que, como se deduce del modelo de cuestionario (Anexo), se disponía de información sobre 55 enfermedades. Por otro lado, las enfermedades de notificación urgente representan una parte cualitativamente muy importante dentro del sistema de declaración. Asimismo, y a modo de sondeo, también se contabilizaron los datos referentes a tres enfermedades no incluidas dentro del citado sistema pero que dan una idea interesante del nivel real del conocimiento, en términos epidemiológicos, de la notificación de las enfermedades transmisibles. Por cada una de las enfermedades objeto de interrogación se contabilizaron tres puntos (uno por cada tipo de declaración: numérica, individualizada y/o urgente). La respuesta correcta, tanto en positivo como en negativo (es decir, no marcar el recuadro correspondiente a un determinado tipo de declaración cuando no procede equivale a un punto, al igual que hacerlo cuando sí corresponde), equivalía a un punto, sobre un total posible de tres puntos para cada enfermedad. En determinadas enfermedades sólo procedía marcar una casilla (las enfermedades de declaración numérica), en otras lo correcto era marcar dos casillas (enfermedad de declaración individualizada, que también son de declaración numérica), y en otras debían rellenarse con una cruz las tres casillas (enfermedad de declaración urgente). Se deduce, por tanto, que la máxima puntuación posible para el grupo de las enfermedades de declaración urgente era de 27 puntos (9x3), y de nueve para el grupo de las no declarables (3x3).

Las pruebas estadísticas aplicadas fueron, para la comparación de medias de puntuación, la U de Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis, y para la comparación de proporciones la prueba de chi cuadrado. Para los grupos con diseño de medidas repetidas se utilizó la prueba de Wilcoxon y el test de McNemar<sup>14</sup>. El nivel de significación estadística se estableció en el 5 por ciento.

## Resultados

Las medias de puntuación por grupos de enfermedades para los diferentes colectivos estudiados se muestran en la tabla 4. La puntuación media más elevada correspondió al grupo 4 (d), con 22,1 puntos para las EDO urgentes, y al grupo 3 (8 puntos) para las enfermedades no declarables.

La comparación de medias de puntuación entre grupos antes y después ofreció diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,005$ ) entre los grupos 1 (a) y 1 (d) (medidas independientes) para las EDO urgentes, pero no lo fueron para los grupos 4 (a) y 4 (d) (medidas repetidas). Por tanto, hubo una mejora significativa en la media de puntuación tras finalizar el módulo sobre Vigilancia Epidemiológica del MSP con respecto al inicio, hecho que no se dio en el grupo que realizó el curso del I.E.S. sobre el mismo tema.

En la tabla 5 se muestra la proporción de aciertos en los distintos grupos para cada una de las enfermedades de declaración urgente y para la mononucleosis infecciosa. Destaca el cólera como la enfermedad con el porcentaje de aciertos más alto (superior al 90% en todos los grupos), existiendo colectivos (grupos 2 y 3) en los que el acierto fue absoluto (100%). Más de la tercera parte (35,5%) de los individuos del grupo 1 (a) desconocían que la enfermedad meningocócica es de declaración obligatoria y urgente, y algo parecido sucedía en los demás grupos. Los grupos 2 y 3 ni siquiera alcanzaron el 50% de acierto, y tan sólo el grupo 4 (d) superó el 80% para la citada enfermedad.

Por otro lado, casi una cuarta parte (23,5%) del grupo 2 desconocía que hay que declarar de manera urgente un brote epidémico, y también, en el mismo grupo, más del 50% ignoraban la obligación de notificar con la mayor brevedad posible cualquier caso sospechoso de enfermedad meningocócica.

## Discusión

Conviene poner de manifiesto que la población estudiada incluye profesionales especialmente interesados en el tema, pues-

**Tabla 5. Porcentaje de aciertos para las enfermedades de declaración urgente y la mononucleosis infecciosa en los grupos estudiados 1989-90**

Grupo estudiado	Enfermedades de declaración urgente									Mononucleosis infecciosa
	B.E. <sup>1</sup>	Cólera	F.A. <sup>2</sup>	E.M. <sup>3</sup>	Paludismo	Peste	Polio	Rabia	T.E. <sup>4</sup>	
Grupo 1 (a)	80,6	96,8	51,6	64,5	41,9	74,2	48,4	71	25,8	32,3
Grupo 1 (d)	86,7	96,7	60	63,3	40	73,3	36,7	66,7	23,3	30
Grupo 2	76,5	100	47,1	47,1	29,4	64,7	47,1	82,4	41,2	64,7
Grupo 3	23,8	100	4,8	47,6	28,6	76,2	38,1	57,1	23,8	42,9
Grupo 4 (a)	72,7	95,5	59,1	72,7	40,9	72,7	31,8	59,1	31,8	36,4
Grupo 4 (d)	87,5	93,8	81,3	81,3	56,3	56,3	75	62,5	56,3	56,3

1 Brotes epidémicos

2 Fiebre amarilla

3 Enfermedad meningocócica

4 Tifus exantemático

to que la mayoría (todos excepto el grupo 2) se inscribieron voluntariamente en el módulo sobre Vigilancia Epidemiológica del MSP (de carácter optativo dentro del programa docente) y en el Seminario sobre Métodos y Técnicas de Vigilancia y Análisis Epidemiológico organizado por el IES. La temática de estos cursos no versaba específicamente sobre cuáles son las EDO y su tipo de notificación en nuestro país, sino que eran cursos de carácter más bien metodológico, sobre cómo abordar desde una vertiente epidemiológica y de Salud Pública las enfermedades y los problemas de salud de la población.

Llama la atención que aproximadamente una cuarta parte del grupo 2 desconociera que hay que declarar urgentemente cualquier sospecha de brote epidémico y también, dentro del mismo grupo, que más del 50% ignorasen que es preceptivo notificar con la mayor brevedad posible todo caso sospechoso de enfermedad meningocócica. Ambos procesos son relativamente frecuentes en nuestro medio, lo cual hace aún más grave el desconocimiento de su declaración. Se aprecia una gran diversidad entre grupos en el grado de conocimiento de las diferentes enfermedades objeto de declaración estudiadas (tabla 5). En concreto, la enfermedad meningocócica presentó un rango de aciertos del 47% para el grupo 2 y al 73% para el grupo 4 (a), y en los brotes epidémicos del 24 al 81%.

Asimismo, ateniéndose exclusivamente a la comparación de los resultados entre los grupos 1 (a) y 1 (d) y entre los grupos 4 (a) y 4 (d), se podría poner en duda la utilidad práctica de los cursos y seminarios impartidos. Sin embargo, no se planteó como objetivo inicial valorar la posible idoneidad o no de los cursos citados a partir de los resultados de las encuestas efectuadas. Más bien al contrario, el cuestionario no estaba específicamente diseñado para evaluar la necesidad de impartir estos cursos de formación, sino que se trató de aprovechar una oportunidad para llegar a conocer, de manera aproximada, la realidad del conocimiento de la declaración de las EDO en una pequeña muestra de estudiantes de cursos de postgrado.

En el caso de una enfermedad no declarable como la mononucleosis infecciosa, ejemplo de enfermedad vírica de carácter benigno y no epidémico, el grado de confusión es comparable al de las enfermedades objeto de la notificación urgente (tabla 5).

No se dispone de datos fiables sobre el conocimiento de las distintas formas de notificación de las EDO. en nuestro país. Por ello, este estudio supone un primer intento para valorar la magnitud del grado de conocimiento respecto de la notificación de las EDO, que puede servir de guía para emprender futuras acciones encaminadas a una mejora y perfeccionamiento de los sistemas de información sobre la vigilancia y el control de las enfermedades transmisibles. Sería sin embargo conveniente y útil entrevistar a una muestra representativa de la población de médicos de asistencia primaria y hospitalaria de Cataluña, susceptibles de ser sujetos declarantes, para obtener una idea más aproximada de la auténtica realidad del tema que nos ocupa. A pesar de todas las limitaciones expuestas, y considerando la falta de patrones válidos de referencia para poder comparar estos resultados, el conocimiento de las distintas formas de declaración de las enfermedades transmisibles y su importancia epidemiológica entre los colectivos estudiados, parece a todas luces insuficiente.

Una de las primeras y más importantes consecuencias del desconocimiento del sistema de EDO es el de la infranotificación, que independientemente o asociada al desconocimiento de la declaración de enfermedades y sus formas, parece ser la mayor fuente de error en las estadísticas sobre la incidencia de las enfermedades infecciosas comunes. Ello debe tenerse en cuenta por lo que concierne a la calidad de la información disponible sobre la epidemiología general de las enfermedades infecciosas y sobre la validez de las comparaciones entre diferentes comunidades y en distintos períodos de tiempo<sup>15</sup>.

Es imprescindible que la mayoría de los médicos comprendan el interés de la notificación, y que, en consecuencia, tengan una participación activa. Para ello, es necesario previamente un adecuado conocimiento de las normas de declaración, de sus distintas formas y de los circuitos que existen para ello, y vencer su reticencia, debida en muchos casos al propio desconocimiento de la obligación de declarar<sup>12,16</sup>. En este sentido, los resultados de un estudio sobre las actitudes de los médicos frente a la declaración y sobre las causas de la infranotificación, revelan que el factor fundamental en la infradeclaración por parte de los médicos es el desconocimiento del sistema de EDO<sup>16</sup>. Asimismo, un estudio de la actitud de los médicos generalistas franceses frente a un grupo de 15

enfermedades transmisibles objeto de vigilancia, señaló que el 37% consideraron la meningitis como una enfermedad importante a vigilar, la polio el 22%, los brotes comunitarios de toxoinfección alimentaria el 19% y el paludismo el 13%<sup>17</sup>.

A la luz de los resultados de este estudio, debe hacerse un

esfuerzo considerable para mejorar el conocimiento general del sistema EDO, y de los diferentes tipos de declaración existentes en Cataluña. Queda pues pendiente, una ingente tarea de sensibilización y formación de los profesionales implicados en la vigilancia epidemiológica para que se sientan parte integrante y activa del sistema.

#### ANEXO. Modelo de encuesta

Nom i cognoms..... Enquesta num.....  
 Data actual..... Data naixement..... Edat..... Sexe..... 1: Home 2: Dona  
 Ocupació..... 1: metge salut pública 3: metge hospital 5: altres (veterinaris, farmacèutics, etc.)  
 2: metge assistència 1ª 4: infermeria (ATS, diplomats, etc.)

Malaltia	Num	Ind	Urs	Malaltia	Num	Ind	Urs
Brots epidèmics				Meningitis (ex. meningocòccica i tuberculosi)			
Brucel·losi				Oftàlzia <i>neonatorum</i>			
Carboncle				Paludisme			
Tos ferina				Parotiditis			
Còlera				Pesta			
Diftèria				Pneumònia			
Disenteria bacil·lar				Poliomielitis			
Disenteria amèbica				Psitacosi			
Enteritis i diarrees				Ràbia			
Escarlatina				Rickettsiosis* (incl. febre botonosa)			
Febre groga				Rubéola			
Febre recurrent per paparres o polls				Rubéola congènita			
Febre reumàtica aguda				Sepsis puerperal			
Febre tifoide i paratifoide				SIDA			
Grip				Sífilis			
Hepatitis A				Sífilis congènita			
Hepatitis B				Mononucleosis infecciosa			
Altres hepatitis vir (ex. hepatitis A i B)				Tétanus			
Hidatidiosi				Tífus exantemàtic			
Infecció gonocòccica (excl. oftalmia neonatal)				Toxi-infecció alimentària			
Infecció respiratòria aguda (excl. neumonia i grip)				Traçoma			
Leishmaniasi				Triquinosi			
Legionel·losi				Tuberculosi pulmonar			
Lepra				Meningitis tuberculosa			
Leptospirosi				Altres tuberculosi (excl. TBC puls. i meningitis TBC)			
Listeriosi				Varicel·la			
Infecció meningocòccica				Xarampió			
Malalties transmissió sexual (exclou gonocòccica i sífilis)							

\* Exclou tífus exantemàtic

#### Bibliografia

- Segura A, Mingot M, Bonet I. Vigilancia Epidemiológica. *JANO Medicina y Humanidades* 1984; Oct (nº extra); 67-9.
- Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*. 2nd ed. Nueva York: Oxford University Press, 1983.
- Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. *N Engl J Med* 1963; 268: 182-92.
- Martínez Navarro F. Vigilancia Epidemiológica. *Rev San Hig Púb* 1979; 53: 1205-61.
- Centers for Disease Control. Comprehensive plan for epidemiologic surveillance: Centers for Disease Control, August 1986. Atlanta, GA: CDC, 1986.
- Brachman PS. Section C: Epidemiology of Infectious diseases. Principles and Methods. En: Mandell GL, Gordon Douglas R, Bennett JE. *Principles and Practices of Infectious Diseases*. 3ª ed. Nueva York: Churchill-Livingstone, 1990; 147-58.
- Martínez Navarro JF. La epidemiología y la vigilancia epidemiológica. Aspectos conceptuales. *Rev San Hig Púb* 1981; 55: 597-606.
- Thacker SB, Berkelman RL. Public Health Surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews* 1988; 10: 164-90.
- Thacker SB, Choi K, Brachman PS. The surveillance of infectious diseases. *JAMA* 1983; 249: 1181-5.
- Segura A, Spagnolo E, Andrés J. Las enfermedades de declaración obligatoria (I) (utilidad del sistema de notificación) *MIR* 1982; 4: 417-21.
- Segura A, Andrés J, Spagnolo E. La reforma del Sistema de Notificación de Malalties Infeccioses a Catalunya. *Gaceta Sanitaria* 1982; 1: 19-23.
- Direcció General de Salut Pública. Actualització de les normes de notificació de les Malalties de Declaració Obligatòria per l'any 1991. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Direcció General de Salut Pública. Actualització de les normes de notificació de les Malalties de Declaració Obligatòria per l'any 1990. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Colton T. *Estadística en Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1979.
- Haward RA. Scale of undernotification of infectious diseases by general practitioners. *Lancet* 1973; 1: 873-4.
- Konowitz P, Petrossian GA, Rose DN. The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements. *Public Health Rep* 1984; 99: 31-5.
- Menares J, Letrait S, Valleron AJ. Attitude des médecins généralistes français face à la surveillance des maladies transmissibles. *Rev Epidém et Santé Publ* 1988; 36: 50-8.