



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

8.

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001.
- La Región Europea de la OMS es declarada libre de Polio.



Instituto de Salud Pública



Madrid

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

8

Índice

INFORMES:



Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2001 3



- La Región Europea de la OMS es declarada libre de Polio 35



- EDO. Semanas 31 a 35
(del 28 de julio al 31 de agosto de 2002) 37



- Brotes Epidémicos. Semanas 31 a 35, 2002 40



- Sistema de Notificación microbiológica, primer trimestre del 2002 41



- Red de Médicos Centinela 43



INFORME:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2001. RESULTADOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN POBLACIÓN ADULTA (SIVFRENT-A), 2001

ÍNDICE

	Página
1. Resumen	2
2. Introducción.....	3
3. Metodología.....	4
4. Resultados.....	5
4.1. Actividad física.....	6
4.2. Alimentación.....	9
4.3. Realización de dietas.....	13
4.4. Consumo de tabaco.....	14
4.5. Consumo de alcohol.....	19
4.6. Prácticas preventivas.....	23
4.7. Accidentes.....	28
4.8. Seguridad vial.....	29
4.9. Agregación de factores.....	30
5. Bibliografía.....	33

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide desde 1995 de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas, con el fin de establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

Metodología: el SIVFRENT se basa en una encuesta telefónica realizada cada año a 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente a propuesta de la estructura de salud pública. En este informe analizamos los indicadores agrupados en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad.

Resultados: El 43,6% (41,4-45,8) es sedentario en la actividad laboral y el 81% (79,3-82,7) en tiempo libre. El consumo de alimentos describe un patrón con escaso consumo de fruta y verduras: el 56,9% (54,7-59) no consume al menos tres raciones al día, y un aporte excesivo de productos cárnicos: el 46% (43,8-48,2) ingiere dos o más raciones diarias. La frecuencia de consumo de tabaco sigue siendo alta, ya que el 38,1% (36-40,2) son fumadores habituales, aunque uno de cada tres ha abandonado el hábito durante el último año. El 4,3% (3,4-5,2) son bebedores de riesgo, siendo esta proporción tres veces superior en los hombres que en las mujeres. La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, aunque todavía quedan proporciones mejorables como la realización de mamografías donde el 22,1% (17,1-27,1) de las mujeres de 50 a 64 años no se la ha realizado recientemente.

Conclusiones: La frecuencia de numerosos indicadores asociados con el comportamiento y que pueden repercutir negativamente en la salud, es muy elevada en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Además, la agrupación de los factores relacionados tradicionalmente con las enfermedades cardiovasculares (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo alto de alcohol) es asimismo elevada ya que una de cada cinco personas tienen presentes dos o más de estos cuatro factores de riesgo.

2.- INTRODUCCIÓN

En la Comunidad de Madrid en 1999 el 30% de los fallecimientos fueron debidos a enfermedades cardiovasculares y el 29% a tumores¹. Si a estas causas añadimos la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, y causas externas, alrededor de tres de cada cuatro muertes están relacionadas con enfermedades crónicas.

El desarrollo de las enfermedades crónicas rara vez es debido a una única causa. Adicionalmente a la predisposición genética, otros factores incrementan el riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la dieta inapropiada o la inactividad física. Estos factores conocidos como factores relacionados con el comportamiento interactúan con las condiciones socioculturales desarrollando el concepto más amplio de “estilos de vida”².

A pesar de que la relación entre estos factores y sus efectos están bastante bien identificados³, la gran cantidad de componentes que los determinan hacen que la intervención sobre ellos sea terriblemente compleja. Sin embargo, una gran parte de la tendencia descendente de las enfermedades cardiovasculares^{4,5} y determinados tipos de cáncer en países occidentales⁶ pueden ser atribuidos al control de estos factores de riesgo en décadas anteriores.

La Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el sistema, denominado Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁷, cuyo objetivo es el de medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento en la Comunidad de Madrid. Este sistema se ha desarrollado para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta de 2001, con un formato similar al de ediciones anteriores⁸⁻¹¹, en el que se incluye un análisis de la tendencia a corto plazo desde 1995.

3.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población entre 18 y 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en el método de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica en sus hogares.

Diseño muestral

Se utiliza un diseño muestral de conglomerados bietápico, con estratificación de las unidades de primera y segunda etapa. Las unidades de primera etapa están formadas por los hogares que disponen de teléfono, y las de segunda etapa por los individuos.

Los criterios de estratificación son los siguientes: género; tres grupos de edad: 18 a 29, 30 a 44 y 45 a 64 años; tres áreas geográficas: Madrid municipio, corona metropolitana y resto de municipios; día de la semana: de martes a viernes y, sábado y lunes.

La asignación muestral es proporcional en cada estrato.

Como fuente de datos para la selección de la muestra se utiliza la base de datos de abonados a telefónica.

Se ha calculado el tamaño muestral próximo a 2.000 entrevistas, admitiendo errores de muestreo absolutos anuales del 2,2% bajo el supuesto de muestreo aleatorio simple, una prevalencia del 50% y un nivel de confianza del 95%.

La recogida de información tiene carácter mensual (exceptuando el mes de agosto), lo que permite eliminar posibles variaciones estacionales al acumular información de todo el año natural.

Cada mes las entrevistas se concentran en una semana, de lunes a sábado a excepción del domingo, dado que la movilidad de la población en este día de la semana es elevada y puede provocar tanto un nivel de ausencias importante como sesgos de selección.

Técnica de entrevista

Como técnica de entrevista se utiliza el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)¹³.

Selección muestral

La selección de las unidades de primera y segunda etapa se realiza automáticamente por el soporte informático. Los hogares se seleccionan mediante un muestreo aleatorio simple. Una vez contactado el hogar y confirmado que existe en el mismo alguna persona entre 18 y 64 años, se selecciona aleatoriamente uno de los seis grupos de género y edad. En el caso de no existir ninguna persona del grupo de género y edad seleccionado se vuelve a elegir aleatoriamente otro grupo, repitiendo este proceso hasta encontrar respuesta afirmativa. A continuación se pregunta por el número de personas del grupo seleccionado que viven en el hogar, eligiendo aleatoriamente entre el número de ellas si existiera más de una. Si la persona no estuviera en casa o no pudiese realizar la entrevista se concierta entrevista diferida. Si se produce negativa de la persona seleccionada a realizar la entrevista, no se continúa con la selección de otras unidades en el hogar.

Cuestionario

Los apartados que componen el núcleo central de preguntas son los siguientes:

- . Actividad física
- . Alimentación
- . Consumo de tabaco
- . Consumo de alcohol
- . Prácticas preventivas

- . Accidentes
- . Seguridad vial

Además de este núcleo central, durante el 2001 se ha incluido un apartado de asma y diabetes que permiten monitorizar información básica acerca de estas enfermedades, así como un tercer apartado que recoge información para la planificación del Programa de la Mujer de la Dirección General de Salud Pública.

Definición de variables

Los aspectos metodológicos de la definición de variables e indicadores utilizados se describen en cada uno de los apartados del análisis de resultados.

4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta (entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)) ha sido del 67,8%. Del total de negativas un 74,2% han sido negativas de hogares, un 22,7% de individuos una vez seleccionados y antes de comenzar la entrevista, y un 3,1% han sido entrevistas incompletas.

Las características de la muestra pueden ser consultadas en la tabla 1.

A continuación se presentan los resultados por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por género y edad, y se completa con una comparación gráfica de las estimaciones de 1995 a 2001.

TABLA 1.- Características de la muestra

Número entrevistas	2.006
Género (%)	
Hombres	48,6
Mujeres	51,4
Edad (%)	
18-29	32,3
30-44	33,7
45-64	34,0
Ambito geográfico (%)	
Madrid capital	61,8
Corona metropolitana	31,1
Resto de municipios	7,2
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	3,3
Primarios	5,8
Secundarios 1º grado	27,8
Secundarios 2º grado	34,4
Universitarios	28,7

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA (Tablas 2-3, Gráfico 1)

El 43,6% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,2 veces más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 57,7% es inactivo.

La actividad física en tiempo libre, es estimada a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METS¹⁴, que es el gasto metabólico teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que gaste 3 METS supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 81,0% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 88,0% son inactivos.

Respecto al tipo de deporte practicado, existen considerables diferencias según el género, que podemos apreciar en la tabla 3. En hombres, la actividad física más frecuentemente practicada es el footing, seguido del fútbol y de la natación. En mujeres la más frecuente es la gimnasia de mantenimiento, seguido de la natación y el aerobio/gim jazz/danza.

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2001. Si comparamos los promedios de 2000-2001 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 6,8% en hombres y un 15,5% en mujeres. La actividad física en tiempo libre se mantiene sin embargo muy estable.

Tabla 2 Proporción de personas no activas durante la ocupación habitual/laboral y en tiempo libre

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ⁽¹⁾	43,6 (±2,2)*	48,4 (±3,1)	39,1 (±3,0)	57,7 (±3,8)	38,2 (±3,7)	35,5 (±3,6)
No activos en tiempo libre ⁽²⁾	81,0 (±1,7)	77,4 (±2,6)	84,3 (±2,2)	71,4 (±3,5)	82,0 (±2,8)	88,0 (±2,4)

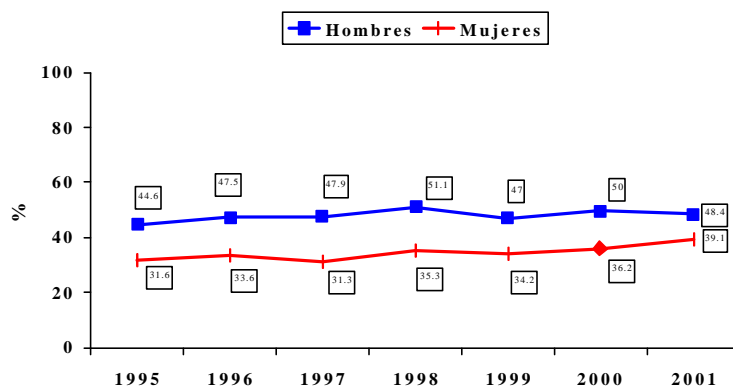
⁽¹⁾ Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

⁽²⁾ No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 3.- Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

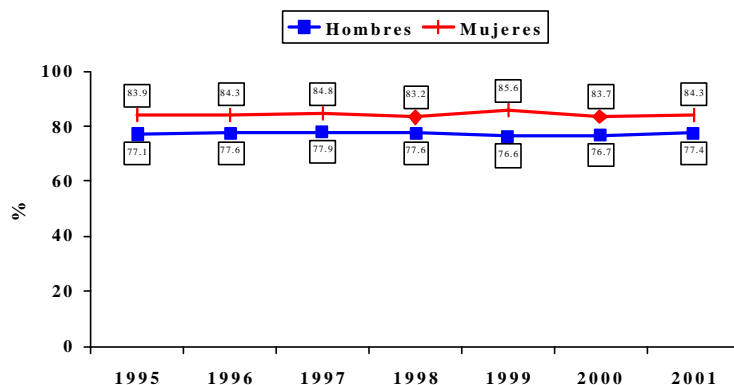
HOMBRE		MUJER	
1. Footing	12,0%	1. Gimnasia de mantenimiento	11,8%
2. Fútbol	11,3%	2. Natación	9,7%
3. Natación	9,8%	3. Aerobic/gim Jazz/Danza	6,5%
4. Pesas/gimnasia con aparatos	9,0%	4. Pesas/gimnasia con aparatos	4,4%
5. Bicicleta	8,9%	5. Baile	3,9%

GRÁFICO 1**Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001****PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL**

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Estar sentados la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* No realizar actividades moderadas/intensas/muy intensas 3 veces/semana 30 min. cada vez

4.2.- ALIMENTACIÓN (Tabla 4, Gráficos 2-3)

La información de este apartado se basa en un recordatorio del consumo de alimentos durante las últimas 24 horas desglosado en las diferentes comidas diarias. Dado que no se cuantifica el consumo y se registra únicamente el/los alimentos principales que componen un plato, se estima el patrón de consumo de forma cualitativa. El número de raciones equivale al número de veces que consume el alimento a lo largo del día.

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es de 1,5 raciones/día en hombres y mujeres. El 10,8% no consume ninguna ración de este producto .

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,3 raciones diarias y solo el 4,6% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 35,2% en hombres y de un 24,7% en mujeres (gráfico 2).

El 44,6% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 54,5 % frente al 34,1% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en los años de estudio, la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 11,5% en hombres y un 16,7% en mujeres comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros. Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media es de 0,7 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 53,3% de las personas entrevistadas. El 11,9% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

Fruta y verduras

La media de consumo de fruta fresca es de 1,1 raciones/día, que se incrementa a 1,3 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,3 raciones/día. El 8,4% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta, y el 56,9 (60,3% de hombres y el 53,8% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones /día (gráfico 2). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 68,8% no llega a consumir tres raciones al día.

La fruta fresca es de todos los grupos de alimentos el que más está descendiendo en los últimos años. La proporción de personas que no ha consumido ninguna ración de fruta en las últimas 24 horas se ha incrementado un 26,4% en hombres y un 43,7% en mujeres a expensas en ambos géneros del grupo de 18 a 44 años. Esta disminución es compensada parcialmente con el incremento del consumo de zumos. A su vez, el consumo de verdura se ha incrementado ligeramente durante estos años de estudio, lo que repercute en que globalmente la proporción de personas con consumos inferiores a tres raciones de fruta (incluyendo zumos) y verduras se mantenga prácticamente estable (gráfico 2).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 84,4%, han consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 52,5% de hombres frente al 39,8% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los cinco años de estudio.

Pescado

El 50% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es similar en hombres y mujeres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

Tabla 4- Proporción de personas que realizan algún consumo de diversos alimentos en las últimas 24 horas

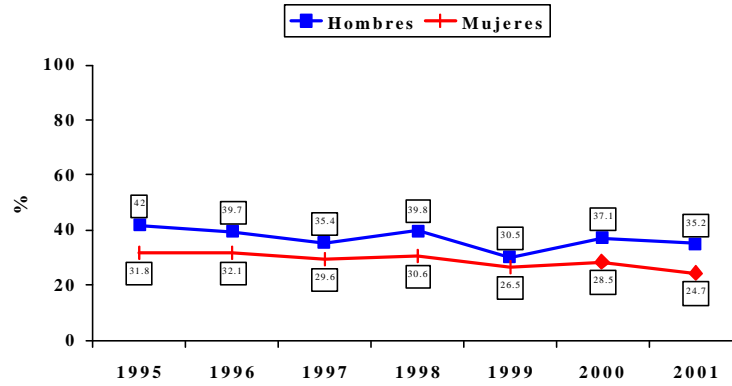
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bres	Muje- res	18-29	30-44	45-64
Leche	89,2 (±1,4)*	87,1 (±2,1)	91,3 (±1,7)	85,6 (±2,7)	91,0 (±2,2)	90,9 (±2,2)
Leche y derivados	95,4 (±0,9)	93,3 (±1,6)	97,4 (±1,0)	94,6 (±1,7)	96,7 (±1,3)	94,9 (±1,7)
Dulces/ Bollería	53,3 (±2,2)	56,2 (±3,1)	50,7 (±3,1)	54,0 (±3,8)	53,0 (±3,8)	53,1 (±3,7)
Verdura	74,5 (±1,9)	71,3 (±2,8)	77,5 (±2,5)	67,3 (±3,6)	78,1 (±3,1)	77,7 (±3,0)
Legumbres	18,1 (±1,7)	19,2 (±2,5)	17,1 (±2,3)	15,0 (±2,7)	18,9 (±3,0)	20,2 (±3,0)
Arroz	14,4 (±1,5)	14,1 (±2,2)	14,6 (±2,2)	15,1 (±2,8)	14,9 (±2,7)	13,0 (±2,5)
Pasta	18,9 (±1,7)	20,6 (±2,5)	17,2 (±2,3)	27,3 (±3,4)	15,4 (±2,7)	14,4 (±2,6)
Carne	72,1 (±2,0)	74,7 (±2,7)	69,6 (±2,8)	74,7 (±3,3)	71,3 (±3,4)	70,4 (±3,4)
Carne y derivados	84,4 (±1,6)	86,7 (±2,1)	82,3 (±2,3)	86,6 (±2,6)	86,2 (±2,6)	80,5 (±3,0)
Huevos	31,3 (±2,0)	32,2 (±2,9)	30,4 (±2,8)	31,6 (±3,6)	32,0 (±3,5)	30,4 (±3,5)
Pescado	50,0 (±2,2)	52,1 (±3,1)	48,1 (±3,0)	41,2 (±3,8)	53,3 (±3,8)	55,1 (±3,7)
Fruta fres- ca	67,5 (±2,0)	65,7 (±3,0)	69,2 (±2,8)	54,6 (±3,8)	67,6 (±3,5)	79,6 (±3,0)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 2

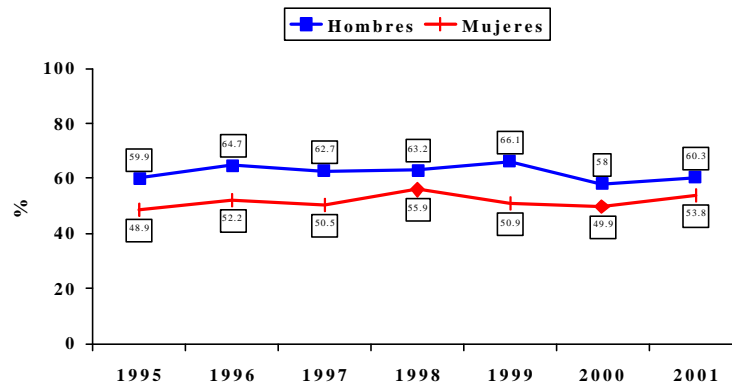
Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE < 2 RACIONES DE LÁCTEOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE < 3 RACIONES DE FRUTA Y VERDURA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS

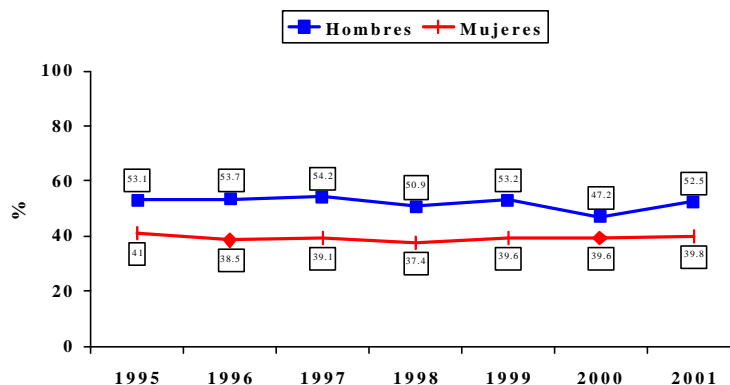


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 3

Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001

PROPORCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO DE 2 O MÁS RACIONES DE CÁRNICOS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS (Tabla 5, Gráfico 4)

Un 16% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 9,3% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 2,2 veces más frecuente que en hombres.

Al comparar los promedios de 2000 y 2001 respecto a 1995 y 1996 se produce un descenso de este indicador, disminuyendo un 12,2% en mujeres y un 6% en hombres (gráfico 4).

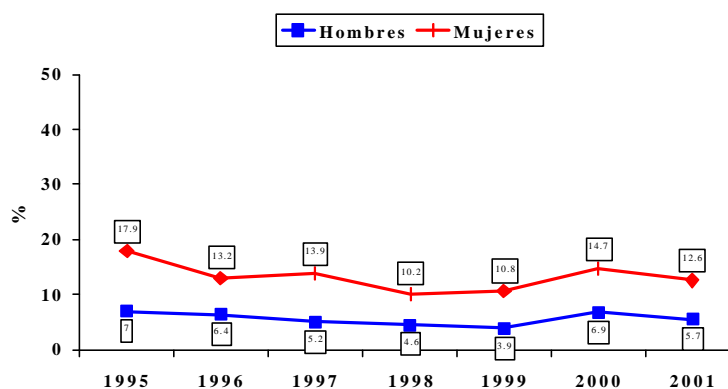
Tabla 5.- Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	16,0 (±1,6)*	12,2 (±2,1)	19,6 (±2,4)	15,0 (±2,7)	17,3 (±2,9)	15,7 (±2,7)
Dieta para adelgazar	9,3 (±1,3)	5,7 (±1,5)	12,6 (±2,0)	9,9 (±2,3)	9,0 (±2,2)	8,9 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2001



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.4. CONSUMO DE TABACO (Tabla 6, Gráficos 5-7)

El 56,8% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, siendo el resto, 43,2%, no fumadores. En función de la situación actual de consumo, un 38,1% son fumadores actuales (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 34,9% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 18,7% (gráfico 5).

El consumo excesivo, definido como el consumo de ≥ 20 cigarrillos/día, es de un 15,7% respecto al total de entrevistados, y del 45,4% en los fumadores diarios.

La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 33%. Actualmente, del total de fumadores actuales un 16,6% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 8,2% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 26,9% de los fumadores diarios ha realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

La proporción de fumadores actuales es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, esta diferencia se produce a expensas del mayor consumo masculino en el grupo de 45 a 64 años. En las mujeres de 18 a 29 años el consumo es ligeramente superior al de los hombres, siendo similar entre los 30 y 44 años. Por otro lado, la prevalencia del consumo excesivo es superior en los hombres en todos los grupos de edad.

Respecto a la evolución, se observa un ligero descenso del 9,9% (comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros) de la proporción de fumadores actuales en

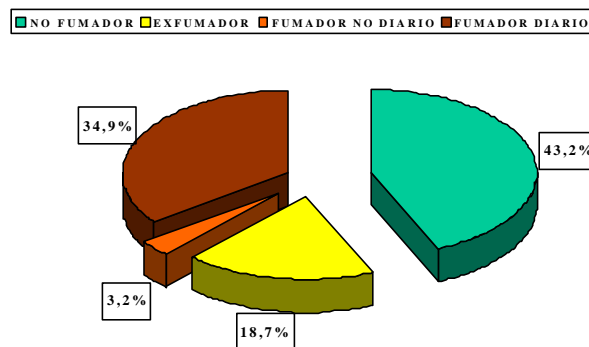
hombres, manteniéndose estable en mujeres. Sin embargo la distribución es muy diferente según la edad. Mientras que el descenso en la población masculina se produce en todos los grupos de edad, en la población femenina se observa una disminución del consumo en los grupos más jóvenes hasta los 40 años, incrementándose por el contrario a partir de esta edad. Esta distribución coincide con el desplazamiento etéreo de las cohortes jóvenes de mujeres que alcanzaron una prevalencia máxima de consumo a mediados de los ochenta y que actualmente se encuentran por encima de esta edad.

Se observa también un descenso de la proporción de consumidores excesivos, siendo más acusado en los hombres (18,8%) que en las mujeres (5%) comparando el promedio de los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros (gráfico 6). Cuando observamos la cantidad de consumo en los fumadores diarios, también se produce un descenso en la proporción de fumadores excesivos: en 1995 y 1996 el 54,4% de ellos consumían 20 o más cigarrillos diarios frente al 50,7% en el 2000 y 2001, es decir, una reducción del 6,9%. En las mujeres esta reducción es más ligera, pasando de un 37,7% a un 36,4%.

Por otro lado continua incrementándose el abandono del consumo, especialmente en los hombres. En la población masculina la proporción de abandono se produce en todos los grupos de edad, mientras que en la femenina solo se observa hasta los 50 años. Finalmente en el 2001 aproximadamente tres de cada cuatro fumadores no han realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) en el último año. Aunque esta proporción es más elevada que en los primeros años de la serie, parece que el incremento observado desde 1995 a 1998 se ha desacelerado (gráfico 7).

Gráfico 5

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2001



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

Tabla 6.- Proporción de fumadores y de abandono del consumo de tabaco

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	56,8 (±2,2)*	64,8 (±3,0)	49,3 (±3,1)	46,9 (±3,8)	67,6 (±3,5)	55,6 (±3,7)
Fumadores actuales ⁽¹⁾	38,1 (±2,1)	40,1 (±3,1)	36,1 (±2,9)	38,1 (±3,7)	45,7 (±3,8)	30,5 (±3,5)
Fumadores diarios	34,9 (±2,1)	36,3 (±3,0)	33,5 (±2,9)	33,6 (±3,6)	42,8 (±3,7)	28,3 (±3,4)
Consumo excesivo ⁽²⁾	15,7 (±1,6)	18,5 (±2,4)	13,1 (±2,1)	10,5 (±2,4)	21,4 (±3,1)	15,0 (±2,7)
Proporción de abandono ⁽³⁾	33,0 (±2,7)	38,0 (±3,8)	26,7 (±3,8)	18,8 (±4,4)	32,4 (±4,3)	45,1 (±5,0)

* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Fumador ocasional o diario

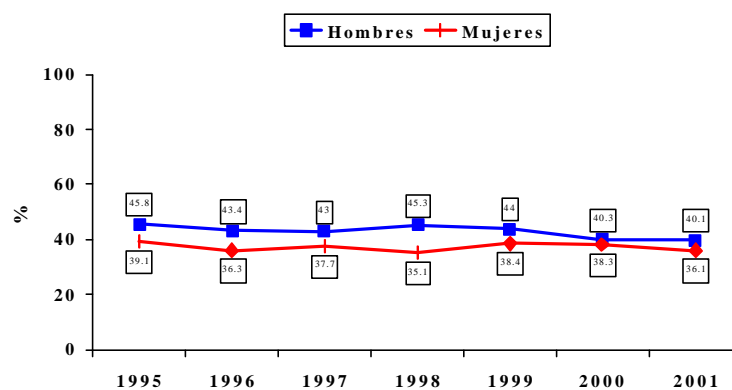
⁽²⁾ Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

⁽³⁾ Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

GRÁFICO 6

Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001

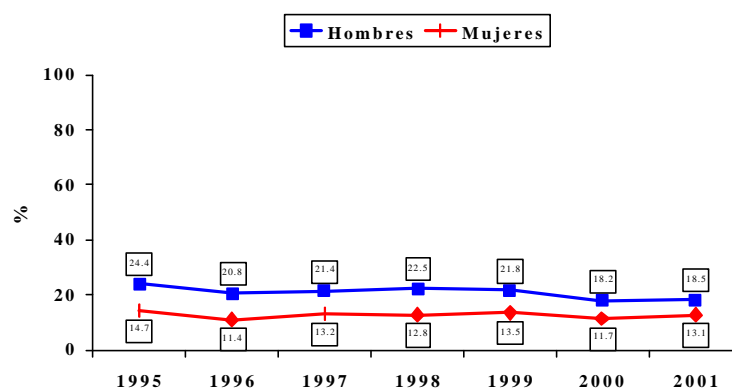
PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Fumador ocasional o diario

PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO*



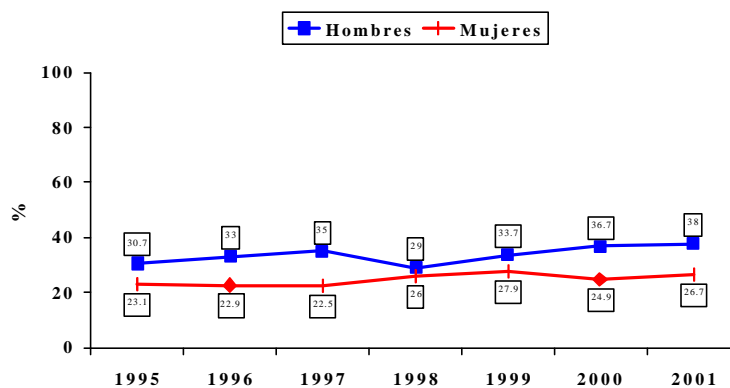
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

GRÁFICO 7

Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001

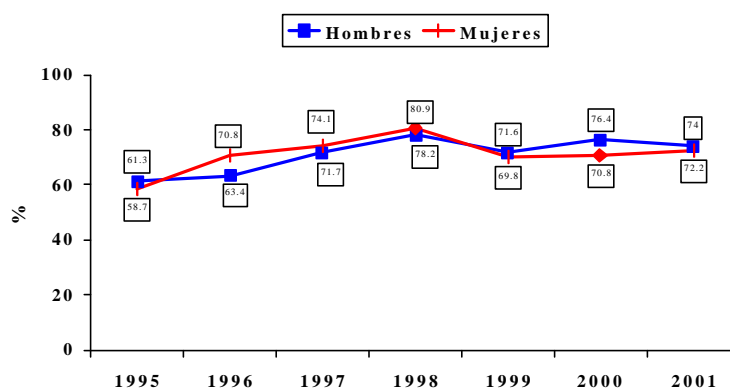
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

PROPORCIÓN DE FUMADORES QUE NO HAN REALIZADO ALGÚN INTENTO SERIO PARA DEJAR DE FUMAR EN EL ÚLTIMO AÑO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.5. CONSUMO DE ALCOHOL (Tabla 7, Gráficos 8-10)

El consumo medio per cápita semanal de alcohol es de 72 centímetros cúbicos (cc.), 114 cc. en hombres y 33 cc. en mujeres.

El 55,7% son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Para clasificar según la cantidad de consumo de alcohol se estima el total de alcohol ingerido durante la última semana mediante la frecuencia de consumo de diversas bebidas alcohólicas, considerando como bebedor/a moderado/a aquellas personas cuyo consumo diario es de 1-49 cc./día en hombres y de 1-29 cc./día en mujeres. Bebedores a riesgo son aquellos hombres y mujeres con consumos de ≥ 50 cc./día y ≥ 30 cc./día respectivamente.

Globalmente un 4,3% son clasificados como bebedores a riesgo, un 53% como bebedores moderados y un 42,7% como no bebedores (gráfico 8). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 3 veces mayor que en mujeres.

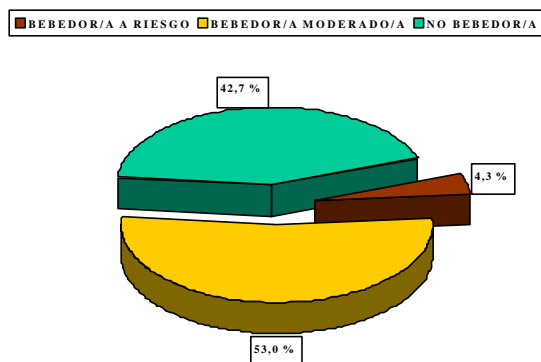
Un 8,8% ha realizado al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 cc. y ≥ 60 cc. en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2,7 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (18,9%).

Del total de bebedores habituales, un 12,9% tienen el test de CAGE¹⁵⁻¹⁶ positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 3,4% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 5,4%, frente al 1% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

En hombres y mujeres se incrementa ligeramente la proporción de bebedores habituales a expensas del aumento de bebedores moderados. Por el contrario, se observa un descenso principalmente en hombres de la proporción de bebedores a riesgo, así como del consumo excesivo en una misma ocasión. Este descenso se produce de forma homogénea en todos los grupos de edad. Aun con la limitación del escaso poder estadístico, se observa en hombres y mujeres un ligero descenso de la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días.

Gráfico 8

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2001

Fuente: SIVFRENT-A Consejería de Sanidad

Tabla 7.- Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ⁽¹⁾	55,7 (±2,2)*	69,6 (±2,9)	42,6 (±3,0)	57,1 (±3,8)	55,8 (±3,7)	54,4 (±3,7)
Bebedores a riesgo ⁽²⁾	4,3 (±0,9)	6,5 (±1,5)	2,2 (±0,9)	3,9 (±1,5)	4,3 (±1,5)	4,7 (±1,6)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ⁽³⁾	8,8 (±1,2)	13,1 (±2,1)	4,8 (±1,3)	18,9 (±3,0)	5,3 (±1,7)	2,8 (±1,2)
Test CAGE + en bebedores habituales	12,9 (±2,0)	16,2 (±2,8)	7,7 (±2,5)	14,3 (±3,6)	11,7 (±3,2)	12,7 (±3,4)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	3,4 (±0,9)	5,4 (±1,5)	1,0 (±0,7)	5,1 (±1,9)	3,5 (±1,5)	1,4 (±1,1)

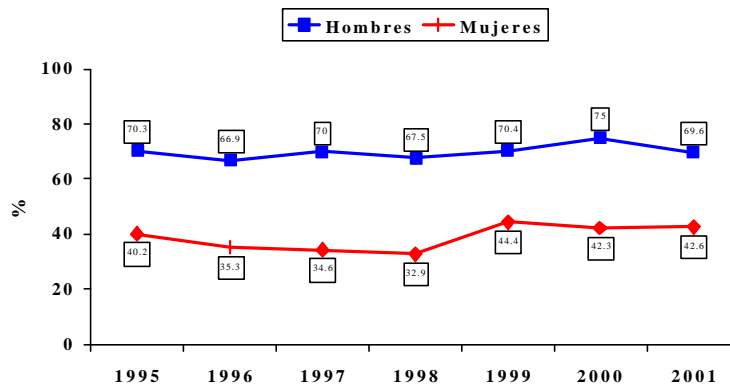
* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días⁽²⁾ Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres⁽³⁾ Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres

GRÁFICO 9

Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001

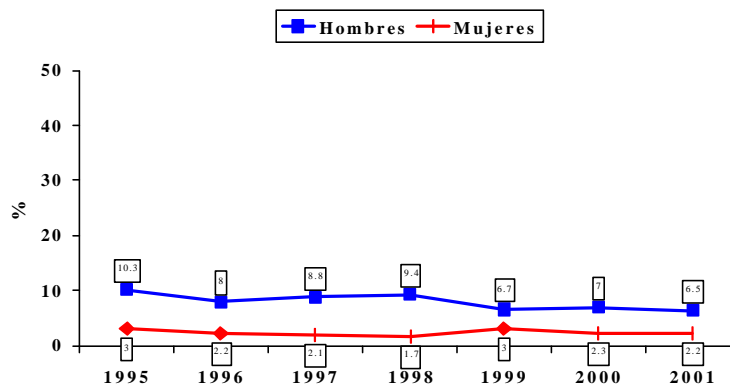
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*



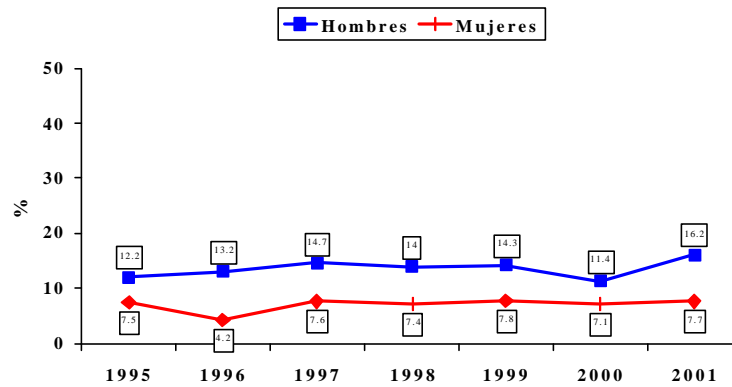
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Consumo de alcohol de ≥ 50 cc/día en hombres y ≥ 30 cc/día en mujeres

GRÁFICO 10

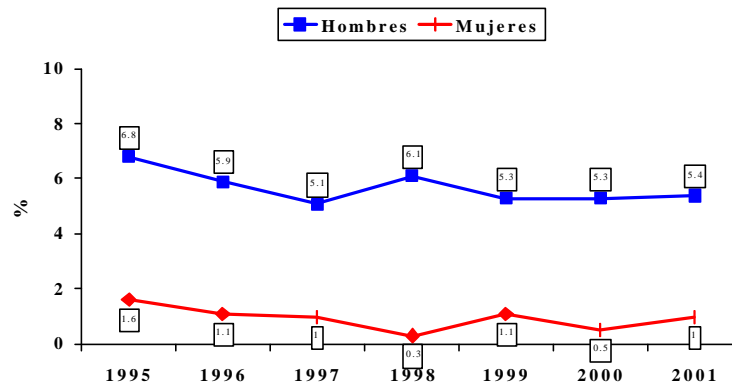
Evolución del test de CAGE y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2001

TEST DE CAGE POSITIVO EN BEBEDORES HABITUALES



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN CONDUCIDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.6. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (Tablas 8-10, Gráficos 11-13)

En las tablas 8-10 podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁷.

Un 15,1% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada, y un 17,9% que tiene elevado el nivel de colesterol.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 10% no cumple las recomendaciones.

Por otro lado, un 12,9% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 22,1% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

De todos los indicadores relacionados con las prácticas preventivas, la realización de mamografías es el que ha sufrido los cambios más importantes, especialmente a partir la puesta en marcha en 1999 del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid. Comparando el promedio del año 2000 y 2001 con el de 1995 y 1996 el incremento es del 55,3%, aunque en la actualidad este indicador se ha estabilizado (gráfico 13).

Tabla 8.- Proporción de personas con medición de tensión arterial y colesterol

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ⁽¹⁾	18 - 40 años	87,8 (±1,9)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	91,7 (±1,8)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	88,9 (±3,0)
	Mujeres < 46 años	94,1 (±1,7)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	89,8 (±2,5)
	Mujeres ≥46 años	93,1 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

⁽¹⁾ Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años

Tabla 9.- Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	15,1 (±1,6)*	15,1 (±2,2)	15,1 (±2,2)	3,7 (±1,5)	11,1 (±2,4)	29,9 (±3,4)
Colesterol elevado	17,9 (±1,7)	19,4 (±2,5)	16,6 (±2,3)	9,1 (±2,2)	18,0 (±2,9)	26,2 (±3,3)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 10.- Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías

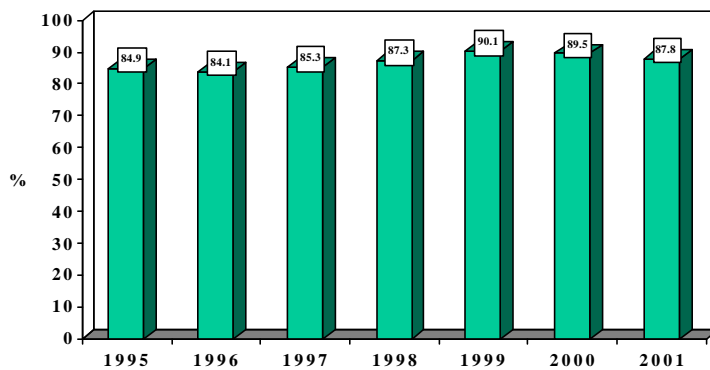
	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	87,1 (±2,7)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	77,9 (±5,0)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 11

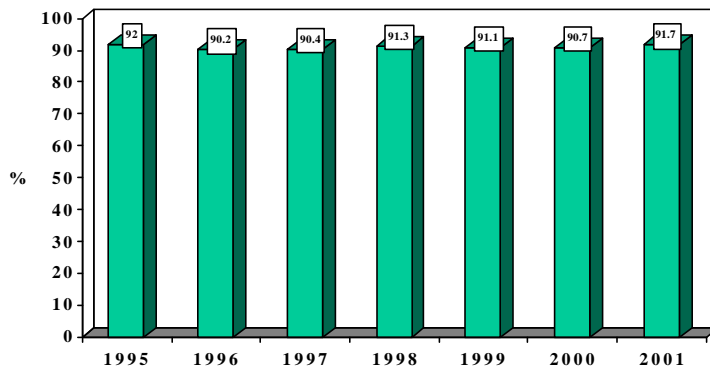
Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2001

PROPORCIÓN DE PERSONAS DE 18-40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

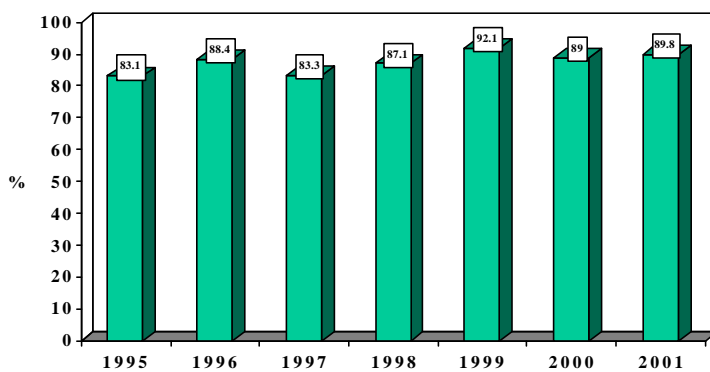


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 12

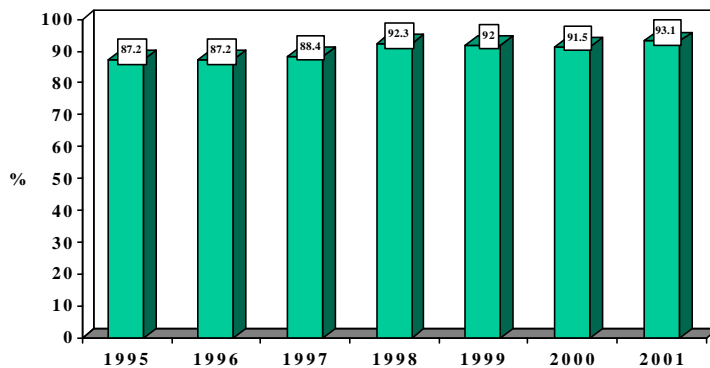
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2001

PROPORCIÓN DE HOMBRES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DEL COLESTEROL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

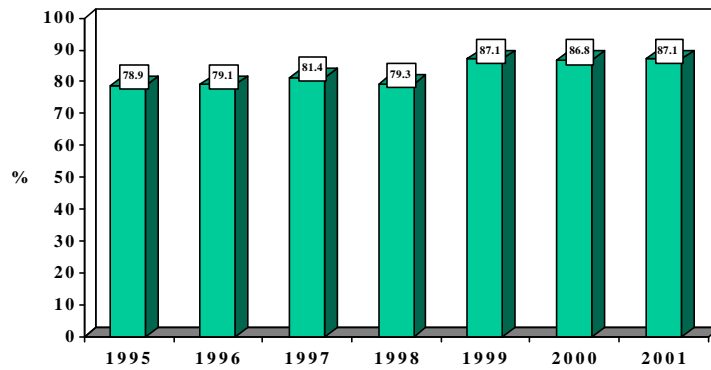


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 13

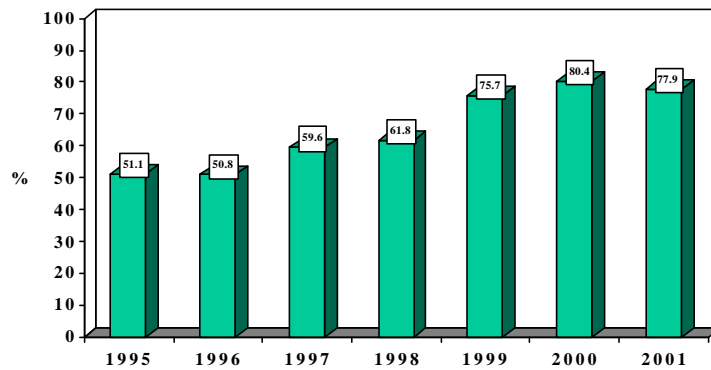
Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2001

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 34 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE CITOLOGÍAS EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

PROPORCIÓN DE MUJERES MAYORES DE 49 AÑOS QUE SE HAN REALIZADO MEDICIÓN DE MAMOGRAFÍAS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.7. ACCIDENTES (Tabla 11, Gráfico 14)

Un 9,4% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y en el grupo de edad más joven.

Un 1,2% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico (1,6% en hombres y 0,8% en mujeres).

Durante los últimos 12 meses un 0,5% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,7% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Durante el 2001, se confirma la recuperación de las estimaciones observadas en el período 1995-1998 (gráfico 14).

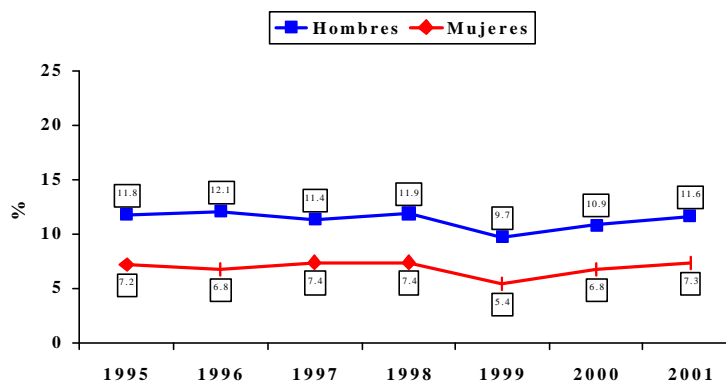
Tabla 11.- Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	9,4 (±1,3)*	11,6 (±2,0)	7,3 (±1,6)	13,1 (±2,6)	7,7 (±2,0)	7,5 (±2,0)
Accidente de tráfico	1,2 (±0,5)	1,6 (±0,8)	0,8 (±0,5)	2,5 (±1,2)	0 -	1,2 (±0,8)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 14

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2001



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.8. SEGURIDAD VIAL (Tabla 12)

Un 16,3% del total de personas que viajan en coche, no utiliza nunca o lo hace infrecuentemente el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 1,2% en la conducción por carretera.

Un 5,7% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 14,8% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,5% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 4,2% de ellos. Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables.

Tabla 12.- Escasa o nula utilización del cinturón de seguridad y casco en moto

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hom- bre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por CIUDAD	16,3 (±1,7)*	19,3 (±2,5)	13,2 (±2,2)	9,8 (±2,3)	18,1 (±3,0)	21,0 (±3,3)
No utilización del cinturón de seguridad por CARRETERA	1,2 (±0,5)	1,9 (±0,9)	0,6 (±0,5)	0,7 (±0,7)	1,6 (±1,0)	1,4 (±1,0)
No utilización del casco en moto por CIUDAD	14,8 (±6,5)	13,8 (±7,2)	17,9 (±14,2)	21,5 (±10,0)	8,1 (±8,8)	0 -
No utilización del casco en moto por CARRETERA	4,2 (±4,7)	1,9 (±3,7)	11,1 (±14,5)	8,6 (±9,3)	3,8 (±7,4)	0 -

* Intervalo de confianza al 95%

4.9. AGREGACION DE FACTORES (Gráficos 15-17)

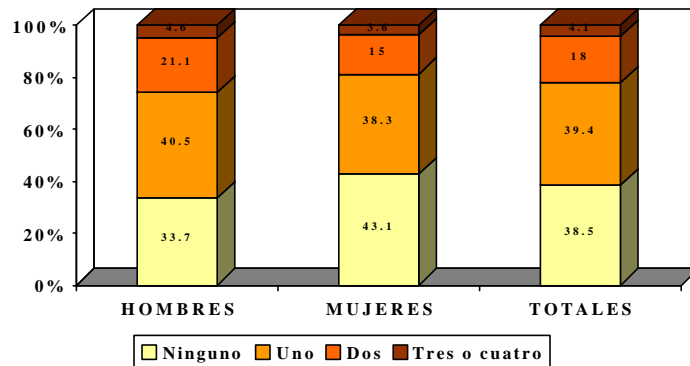
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol hemos seleccionado como indicadores dos de los descritos en este documento: ser fumador actual y bebedor a riesgo. Para la actividad física hemos decidido incluir un indicador que aglutine simultáneamente a las personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral (los que están sentados la mayor parte del tiempo) como en tiempo libre (consumo de <750 METS en las dos últimas semanas), es decir, aquellas personas que se mantienen inactivas durante las 24h. del día. Como indicador sintético de dieta desequilibrada hemos considerado el consumir menos de tres raciones diarias de fruta (incluye zumos) y verduras y además consumir dos o más raciones de productos cárnicos.

El 38,5% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 39,4% tiene uno, el 18% dos, el 3,8% tres, y el 0,2% cuatro (gráfico 15). Globalmente la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, pero especialmente debido a la gran diferencia a favor de los hombres en el grupo de 45 a 64 años (gráfico 16).

Por último, en el gráfico 17 se puede observar la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo. En hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2000 y 2001 comparado con 1995-1996 del 13,6%. En mujeres, por el contrario, esta prevalencia tiende a incrementarse un 9,6%.

Gráfico 15

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*, POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2001

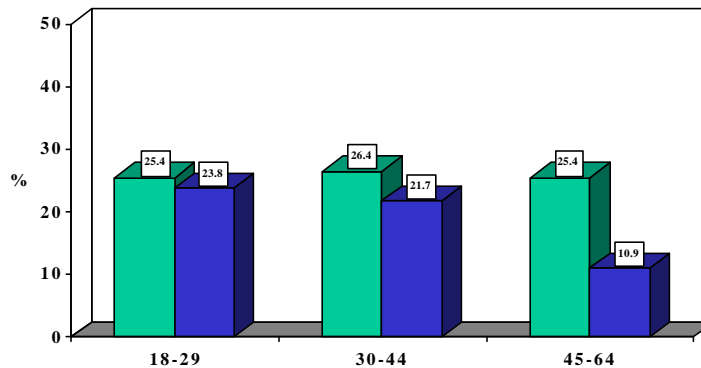


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

Gráfico 16

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2001

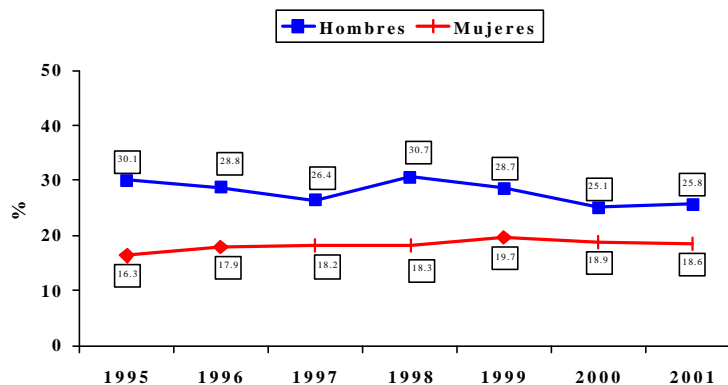


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

GRAFICO 17

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2001



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

*De los cuatro siguientes: Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; bebedor de riesgo; dieta desequilibrada

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Estadísticas del movimiento natural de la población de la Comunidad de Madrid 1999. Consejería de Economía e Innovación Tecnológica. Madrid 2001.
2. Green LW, Simons -Morton DG, Potvin L. Education and life-style determinants of health and disease. En: Oxford Textbook of public Health. Vol1:126-139. Ed: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS. Oxford University Press. New York 1997.
3. Mc Ginnis JM; Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA 1993; 270: 2207-2212.
4. Hunink MG; Goldman L; Tosteson AN; et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990. The effect of secular trends in risk factors and treatment. JAMA 1997; 277: 535-542.
5. Kuulasmaa K; Tunstall-Pedoe H; Dobson A; et al. Estimation of contributing of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. Lancet 2000; 355: 675-687.
6. McKean-Cowdin R; Feigelson HS; Ross RK; et al. Declining cancer rates in the 1990s. J Clin Oncol 2000; 18: 2258-2268.

7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996, 4(12):3-15.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 5(3):3-14.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1997. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 15(5):3-21.
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
11. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001, 7:3-30.
13. The Bellview Features Guide. Pulse Train Technology Limited. Guildford 1995.
14. Ainsworth BE; Haskell VI; Leon AS et al. Compendium of physical activities: classification of energy cost of human physical activities. Med. Sci. Sports Exerc. 1993; 25:71-80.
15. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problem drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Stud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
16. Smart RD; Adlaf EM; Knobe D. Use of the CAGE scale in a population survey of drinking. J. Stud. Alcohol. 1991; 52:593-596.
17. SEMFYC. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. SEMFYC [Barcelona] 1994.



LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS ES DECLARADA LIBRE DE POLIO

21 de Junio de 2002, Copenhague (Dinamarca)

a Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomiélitis, ha certificado a la Región Europea de la OMS libre de polio, en Copenhague el 21 de junio de 2002. La Región engloba a 51 Estados Miembros en los que viven unos 870 millones de personas, por lo que esta decisión es el mayor acontecimiento de salud del nuevo milenio.

La Región Europea ha estado libre de poliomiélitis autóctona más de tres años. El último caso de poliomiélitis autóctona ocurrió en el este de Turquía en 1998, en un niño de dos años no vacunado. Pero la importación de poliovirus salvaje de países endémicos continúa siendo una amenaza. En 2001 hubo tres casos de poliomiélitis entre niños de una comunidad gitana en Bulgaria y un caso no-paralítico en Georgia, todos causados por poliovirus importados de la India. Hace una década se produjeron 71 casos de parálisis y dos muertes en Holanda, por poliovirus importados, en una comunidad que rechazaba la vacunación. La rápida detección y confirmación de los casos y la instauración de intensas campañas de vacunación en su entorno, han evitado que la circulación se extendiera en la Región. Todo ello indica que el mantenimiento de la vacunación y de la vigilancia es vital, puesto que el riesgo de importación de poliovirus seguirá existiendo hasta que la poliomiélitis se erradique de todo el mundo.

El camino para alcanzar el certificado libre de polio en la Región Europea se inició en 1988, tras el acuerdo de la Asamblea Mundial de la Salud de conseguir la erradicación mundial de la poliomiélitis. Los patrocinadores iniciales fueron la OMS, los Centros de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de Estados Unidos, el Rotary Internacional y UNICEF. El éxito en Europa se ha conseguido tras una serie, sin precedentes, de campañas nacionales de vacunación coordinadas, conocidas como operación MECACAR, que englobaba a 18 países endémicos de poliomiélitis en las Regiones Europea y del Este Mediterráneo de la OMS. Entre 1995 y 1998, sesenta millones de niños menores de cinco años han recibido dos dosis extra de vacuna de poliomiélitis cada año. Desde 1997, la operación incluyó vacunaciones masivas puerta a puerta en áreas de alto riesgo de estos países. Estas campañas suplementarias de vacunación han continuado hasta el año 2002. La sincronización de la vacunación entre países vecinos ha sido un modelo para la erradicación mundial de la enfermedad.

En 1996 se nombró en la Región Europea el Comité Regional para la Certificación (RCC), integrado por expertos internacionales de salud pública. Antes de declarar la certificación, el RCC ha analizado toda la información sobre vigilancia y vacunación enviada por los Comités Nacionales de Certificación de cada uno de los 51 Estados Miembros. Así mismo, todos los Ministros de Salud han enviado un compromiso firmado acerca del mantenimiento de las actividades de vigilancia y vacunación en su país.

Además del mantenimiento de la vacunación, la vigilancia y la capacidad de respuesta ante posibles casos importados, los países de la Región están actualmente completando un

catálogo de los laboratorios que contengan poliovirus, como parte de un plan mundial que asegure una efectiva contención en un mundo libre de poliomielitis.

Desde que la OMS aprobó el objetivo de la erradicación mundial de la poliomielitis en 1988, se han conseguido dos Regiones libres de polio, la Región de las Américas en 1994 y la Región del Pacífico Occidental en 2000. Los casos de poliomielitis han descendido desde los 350.000 casos estimados en 1988 en 125 países, hasta 480 casos notificados en el año 2001 en 10 países endémicos.

Para alcanzar la erradicación mundial es necesario cubrir un déficit de 275 millones de dólares hasta el año 2005. La coalición para la erradicación de la poliomielitis incluye los gobiernos de los países afectados por la poliomielitis; fundaciones privadas (Fundación de las Naciones Unidas, Fundación de Bill y Melinda Gates); el Banco Mundial para el Desarrollo; donaciones de gobiernos (Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Noruega, el Reino Unido y los Estados Unidos); la Comisión Europea; organizaciones humanitarias y no gubernamentales (la Federación Internacional de la Cruz Roja) y compañías privadas (Aventis Pasteur y De Beers). Un papel importante se debe a voluntarios de países en desarrollo: más de 10 millones han participado en las campañas masivas de inmunización.

Nota de la redacción:

En España, en noviembre de 1996 se constituyó un Grupo de Trabajo del Plan de Erradicación de la Poliomielitis y, de forma paralela e interrelacionada, se creó el grupo de Representantes Autonómicos del Plan de Erradicación de la Poliomielitis, cuya primera reunión se celebró en el mes de Julio de 1997. En ella se aprobó el 'Plan de actuaciones necesarias en España para la consecución de la erradicación de la poliomielitis'. Dada la situación que presentaba el país frente a la infección por poliovirus, con coberturas de vacunación frente a la poliomielitis de 95% a nivel nacional y con ausencia de casos autóctonos de poliomielitis desde 1988, se proponen como actividades fundamentales: mantener y mejorar, en la medida de lo posible, las coberturas de vacunación a través del programa de inmunización infantil e implantar un sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda en menores de 15 años.

En octubre de 1997, a petición de la OMS y siguiendo sus instrucciones, el Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo nombra el Comité Nacional de Expertos para la obtención del Certificado de Erradicación de la Poliomielitis, cuya misión es supervisar las actividades del plan de erradicación nacional y actuar de intermediario entre los grupos de trabajo y la Comité Regional de Certificación de la Erradicación de la poliomielitis, de la OMS.

Desde 1999 se ha iniciado en España el plan para la contención del poliovirus salvaje en el laboratorio, estando completado en la actualidad el inventario de los laboratorios que poseen materiales infecciosos o potencialmente infecciosos de poliovirus salvaje.

Finalmente se ha requerido, por parte de la OMS, a todos los ministros nacionales de salud, la elaboración de un Plan de Acción para la era de la post-certificación, con el objetivo de mantener un estado libre de polio, tras la certificación de la interrupción de la transmisión de poliovirus. Este Plan de Acción deberá incluir las actividades a desarrollar en el supuesto de que exista un caso importado de poliovirus salvaje.

A pesar del gran logro que supone la certificación libre de polio, el riesgo de importación sigue existiendo, por lo que deberemos mantener los programas de vacunación y el sistema de vigilancia epidemiológica hasta que la poliomielitis sea erradicada en todo el mundo.

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2002, semanas 31 a 35
(del 28 de julio al 31 de agosto 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.

HEPATITIS B

En el gráfico nº 1 aparece la evolución por cuatrisesemanas epidemiológicas del número de casos de Hepatitis B en el periodo comprendido entre las semanas 1 y 35 de los años 2001 y 2002. Durante el año 2002 se han notificado 60 casos, que supone una tasa de 1,20 casos por 100.000 habitantes, 6 casos menos que los notificados durante ese mismo período del año 2001 (tasa de 1,31 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se observó durante la semana 25 (5 casos). Las áreas sanitarias con mayor tasa de incidencia han sido la 4 y 6, con 1,97 y 1,92 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el mapa nº 1 se presentan las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor tasa de incidencia se ha observado en el distrito de Hortaleza (área 4) con una tasa de 4,02 casos por 100.000 habitantes, seguido del distrito de Alcorcón (área 8) con una tasa de 3,48 casos por 100.000 habitantes.

Teniendo en cuenta el género, el 70,9% de los casos se observó en varones y el 43,3% (26 casos) se presentó en el grupo de edad de 25 a 34 años (gráfico 2). En el 60% se disponía de una prueba positiva de anticuerpos IgM frente al virus de la hepatitis B (36 casos). En el 5% existían antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral y en el 13,3% de transmisión sexual.

Gráfico 1.- HEPATITIS B. Casos notificados por cuatrisesmanas. Semanas 1-35. Años 2002 y 2001. Comunidad de Madrid.

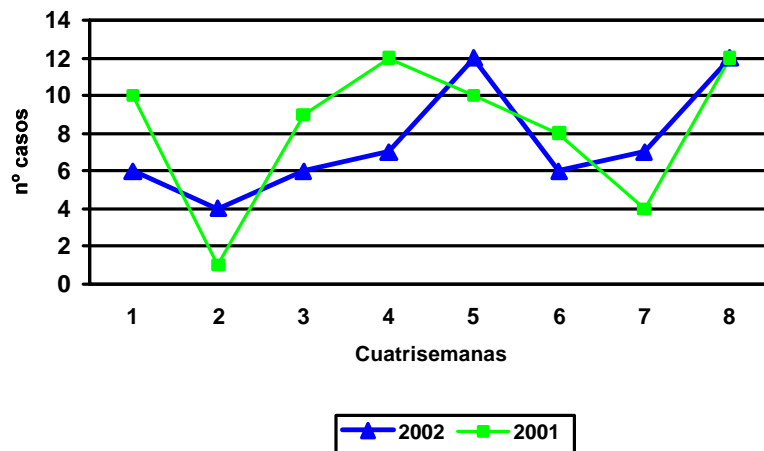
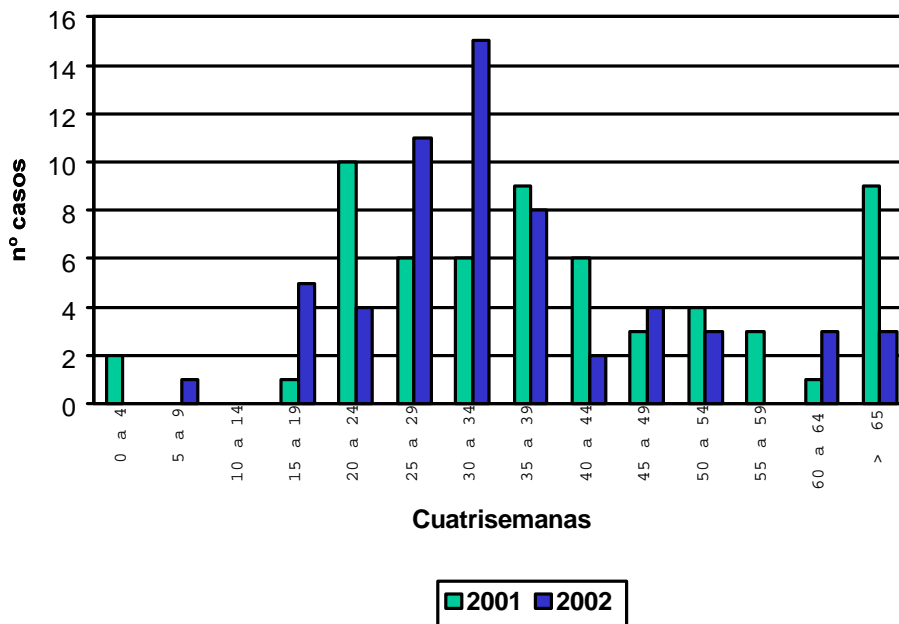
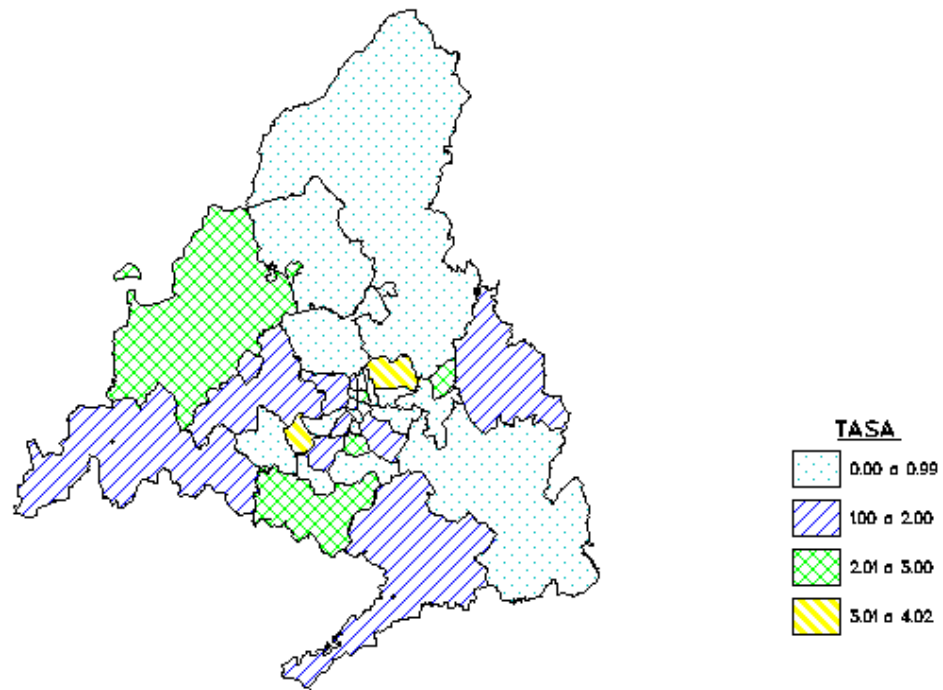


Gráfico 2.- HEPATITIS B. Casos notificados en las semanas 1 a 35. Distribución por grupos de edad. Años 2002 y 2001. Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- HEPATITIS B. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios. Semana 1- 35. Año 2002. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2002 *
Semanas 31 a 35 (desde 28 de Julio hasta 31 de Agosto de 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.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.
Botulismo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	2	0	0	1	3	2	11
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	33	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	38
E. I. H. <i>Influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	3
Enf. Meningocócica	0	18	0	3	0	2	0	14	0	8	1	12	1	15	2	11	0	11	0	4	1	18	5	116
Fiebre tifoidea	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	9
Gripe	33	21544	22	15932	1	14164	48	23823	90	25368	41	17173	111	27258	119	26143	26	18428	1	7746	78	30841	570	228420
Hepatitis A	2	4	0	5	1	3	1	4	0	1	0	5	1	6	0	3	0	3	0	0	1	7	6	41
Hepatitis B	1	4	3	4	0	4	2	10	0	3	0	8	2	5	2	7	0	2	0	3	2	10	12	60
Hepatitis víricas (otras)	0	2	1	2	0	3	1	7	0	3	3	17	1	3	2	3	0	2	0	3	1	9	9	55
Infección Gonocócica	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	0	5	1	1	0	3	1	1	2	8	4	25
Legionelosis	1	3	1	2	1	1	0	2	1	4	2	3	1	3	2	6	0	0	2	6	0	8	11	38
Leishmaniasis	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	2	3	3	9
Meningitis bacteriana	0	5	1	4	2	4	0	5	0	6	0	1	1	8	0	3	0	6	0	3	0	9	4	54
Meningitis vírica	0	14	0	9	1	40	0	17	1	24	1	19	2	15	5	38	2	33	0	3	3	25	15	237
PFA (<15 años)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Paludismo	6	9	0	2	2	9	0	5	4	7	1	5	0	1	1	4	1	4	0	2	2	13	18	65
Parotiditis	1	84	3	26	4	37	2	26	3	34	2	47	1	31	3	21	1	17	1	11	9	110	30	444
Rubéola	0	0	0	3	0	1	1	4	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	3	0	1	2	16
Sarampión	0	1	0	1	0	0	0	3	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	2	10
Sífilis	0	10	0	3	0	0	0	2	0	3	0	2	0	3	0	1	0	4	0	3	3	9	3	40
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Tos ferina	3	10	1	59	4	29	0	2	0	1	3	6	0	2	0	1	0	0	0	0	3	9	14	119
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
TBC respiratoria**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otras TBC**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	155	4513	108	3510	71	3428	110	3370	128	3628	96	3299	97	3720	153	4939	50	2541	37	1506	210	6033	1215	40487
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	59.11%		78.37%		82.89%		38.02%		49.29%		49.18%		77.35%		83.18%		73.32%		64.94%		74.08%		63.62%	

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

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



BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID.

BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID. Semanas 31 a 35 de 2002.

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Expuestos	Enfermos	Hospitalizados	Vehículo sospechoso	Agente causal
1	Alimentario	Tielmes	R. ancianos	150	27	0	--	Virus*
2	GEA	Velilla de San Antonio	Restaurante	3	3	2	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
3	GEA	Torrejón de Ardoz	R. ancianos	75	10	0	--	<i>Calicivirus</i>
6	GEA	Pozuelo de Alarcón	R. ancianos	73	18	1	--	Desconocido
6	Alimentario	El Escorial	Restaurante	233	154	0	Marisco	<i>Calicivirus*</i>
6	Alimentario	Pozuelo de Alarcón	Restaurante	23	18	0	Huevo	<i>S. enteritidis</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	13	9	0	Desconocido	<i>Salmonella sp.</i>
7	Alimentario	Madrid (Centro)	Restaurante	5	4	2	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp.</i>
8	Alimentario	Alcorcón	Familiar	2	2	0	Tortilla	Desconocido
9	GEA	Leganés	R. ancianos	200	35	0	--	Desconocido
11	Alimentario	Madrid (Usera)	Familiar	8	7	0	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp.</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio



SISTEMA DE NOTIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA

Datos correspondientes al primer trimestre de 2002, comparados con el mismo periodo del año anterior.

PATÓGENOS NOTIFICADOS SEGÚN TÉCNICA DIAGNÓSTICA Y PATOLOGÍA PRODUCIDA

TÉCNICA	INF. RESPIRATORIAS			INF. GASTROINTESTINALES			INF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL			OTRAS INFECCIONES		
	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001	Patógeno	2002	2001
CULTIVO	<i>B. catarrhalis</i>	7	17	Aeromonas	8	22	<i>M. hominis</i>	21	26	<i>Brucella</i>	1	0
	<i>Haemophilus</i>	42	129	<i>Campylobacter</i>	281	338	<i>N. gonorrhoeae</i>	13	18	<i>Leishmania</i>	0	0
	<i>Legionella</i>	0	0	<i>Salmonella</i>	290	330	<i>U. urealyticum</i>	60	129	<i>N. meningitidis</i>	9	6
	<i>S. agalactiae</i>	7	22	<i>Shigella</i>	4	7						
	<i>S. pyogenes</i>	268	763	<i>Yersinia</i>	16	26						
	<i>S. pneumoniae</i>	47	86									
SEROLOGÍA	<i>Chlamydiae</i>	0	83	<i>Adenovirus</i>	20	3	<i>C. trachomatis</i>	105	17	<i>B. burgdorferi</i>	3	0
	<i>C. burnetti</i>	1	15	<i>Rotavirus</i>	174	96	<i>T. pallidum</i>	24	46	<i>Brucella</i>	2	9
	<i>Legionella</i>	13	0							<i>E. granulosus</i>	30	19
	<i>Mycoplasma</i>	1	39							<i>Epstein-Barr</i>	47	80
	<i>Parvovirus B19</i>	2	0							<i>Leishmania</i>	4	14
	<i>V.R. Sincitial</i>	97	78							<i>R. conorii</i>	1	1
VISUALIZACIÓN DIRECTA	<i>B.A.A.R</i>	1	4	<i>A. lumbricoides</i>	1	5	<i>Trichomonas</i>	65	44	<i>Plasmodium</i>	3	21
	<i>P. carinii</i>	2	8	<i>Cryptosporidium</i>	5	21				<i>Anisakis</i>		
				<i>Entamoeba</i>	28	61						
				<i>E. vermicularis</i>	15	46						
				<i>G. lamblia</i>	67	128						
				<i>T. saginata</i>	9	4						
			<i>T. trichiura</i>	9	11							

PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES SEGÚN CENTRO Y TIPO DE PATOLOGÍA

CENTRO	INF. RESPIRATORIAS		INF. GASTROINTESTINALES		INF. TRANSMISIÓN SEXUAL		OTRAS INFECCIONES		NOTIFICACIÓN TOTAL	
	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001
Gregorio Marañón	35.8	22.2	19.1	17.5	8.0	8.2	61.5	43.3	27.0	21.9
Ramón y Cajal	0	21.2	0	11.0	0	17.9	0	36.5	0	19.7
Getafe	43.2	17.6	23.5	20.0	7.3	1.8	13.5	11.8	23.6	13.9
El Escorial	0	4.4	0	3.5	0	1.1	0	0	0	4.7
Santa Cristina	0.4	0.1	0	0	6.3	48.5	0	0	1.5	4.2
La Paz	0	0	31.3	0	0	0	24.0	0	16.0	0
TOTAL HOSPITALES	79.4	65.5	73.9	52.0	21.6	77.5	99.0	91.6	68.1	64.4
Argüelles	0	26.6	0	37.2	0	6.1	0	0	0	25.8
Hermanos Miralles	8.0	4.9	4.9	5.6	9.7	12.1	0	0	7.7	6.1
Vicente Soldevilla	3.3	3.0	8.8	5.2	4.9	4.3	1.0	8.4	5.7	3.7
Fuencarral	9.3	0	12.4	0	1.7	0	0	0	9.4	0
Dispensario Sandoval	0	0	0	0	62.1	0	0	0	9.1	0
TOTAL AMBULATORIOS	20.6	34.5	26.1	48.6	78.4	22.5	1.0	8.4	31.9	35.6
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2002, semanas 31 a 35
(Del 28 de julio al 31 de agosto 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 45 médicos generales y 40 pediatras de Atención Primaria, y los procesos objeto de vigilancia durante este periodo han sido: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática y Gripe.

VARICELA

Durante las semanas 31-35 del año 2002, la Red de Médicos Centinela ha notificado 29 casos de varicela, 2 casos menos que el año anterior durante el mismo periodo (Graf.1)

La distribución de casos por género ha sido de 44.8 % en mujeres y 55.2 % en varones. Si se consideran grupos de edad, se observa que 26 casos (89.6%) tienen edad inferior a 15 años, de los cuales el grupo de 2-5 años es el más numeroso, con 11 casos (37.9%) mientras que en edades superiores a 15 años se han registrado 3 casos (10,3%) (Graf. 2)

Respecto a la adquisición de la enfermedad, 15 casos (51.7) refieren haber tenido contacto con otro caso de varicela, 2 se declaran en el contexto de un brote (6.9%) y 12 (41.4%) lo desconocen (Graf. 3)

Los lugares de exposición más habituales fueron: colegios 2 casos (6.9%) guarderías 8 casos (27.6%), hogar 7 casos (24.1%), y “otros” 12 casos (41.4%) (Graf. 4)

Del total de casos, ninguno presentó complicaciones,

HERPES ZOSTER

Durante las semanas 31-35 del año 2002, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 9 casos de Herpes Zoster, 10 menos que los notificados en el año anterior durante el mismo periodo. La distribución por género fue: 5 casos (55.6%) en varones y 4 en mujeres (44.4%).

La media de edad ha sido de 58,1 años (DE = 16 años), con un rango de edad que va de los 33 a los 79 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 27-30
 Años 2001 y 2002

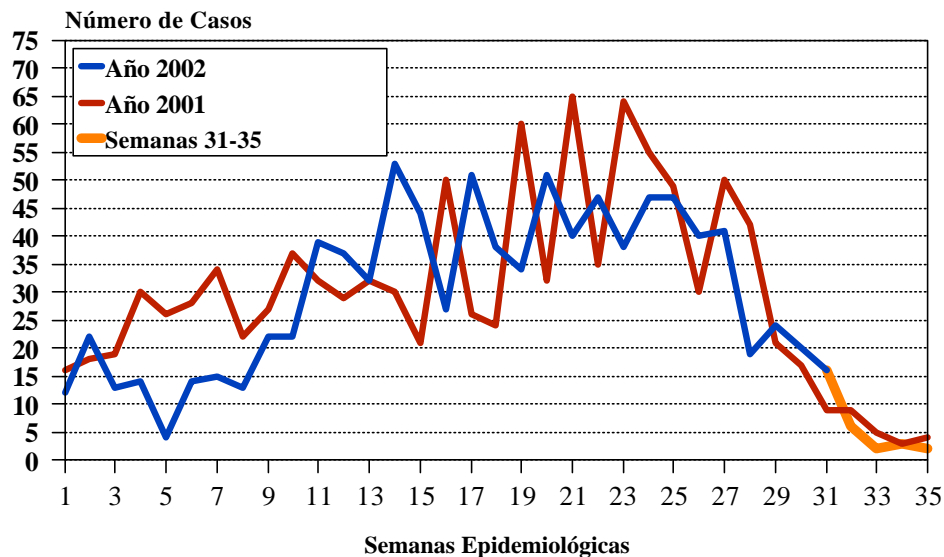


Gráfico 2.
 VARICELA. Red de Médicos Centinela
 Casos Notificados en las semanas 31-35
 Año 2002, Distribución por edad

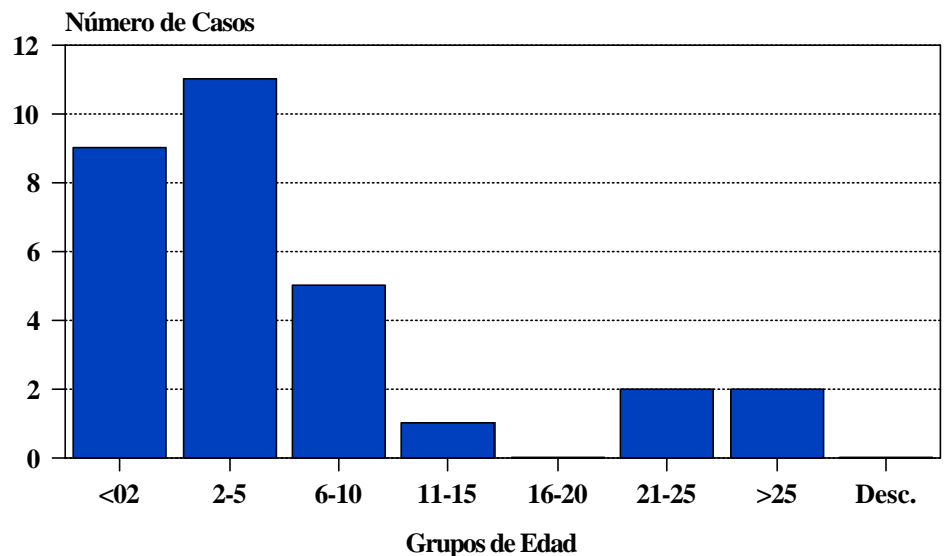


Gráfico 3.
 VARICELA. Red de Médicos Centinela
 Tipo de exposición

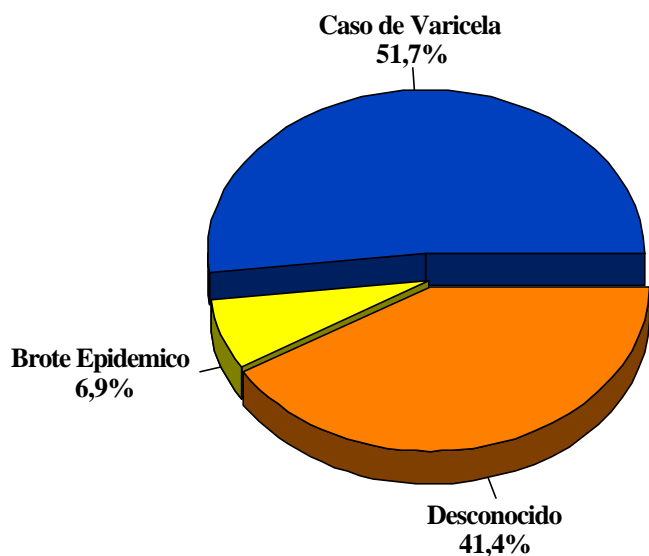


Gráfico 4.
 VARICELA. Red de Médicos Centinela
 Lugar de exposición

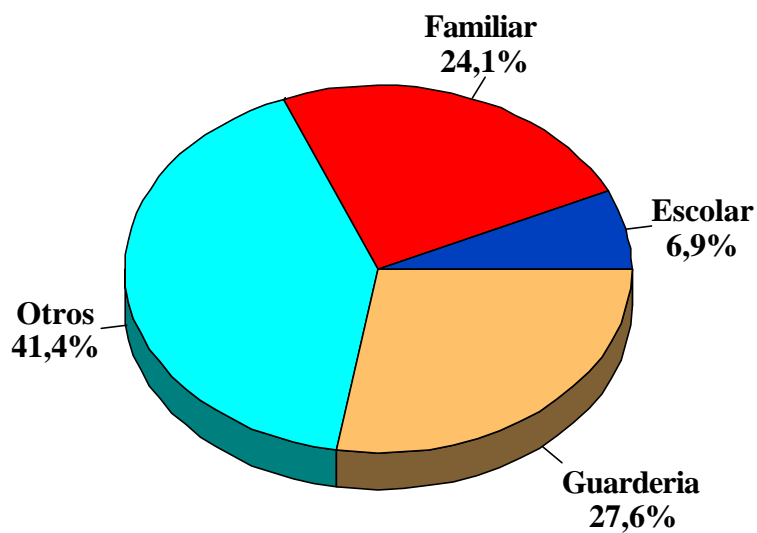


Gráfico 5.

HERPES ZOSTER. Red de Médicos Centinela.
Casos Notificados en las semanas 31-35
Distribución por edad

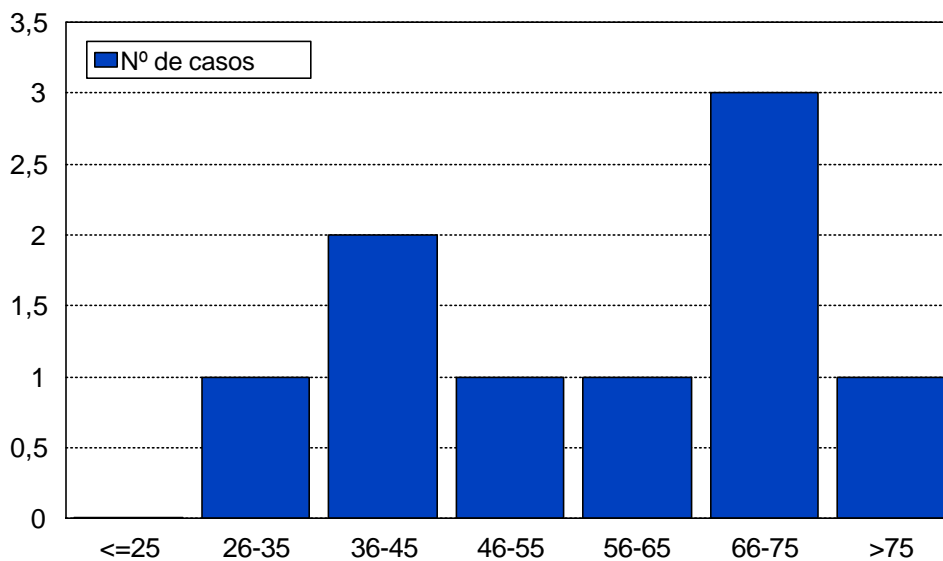


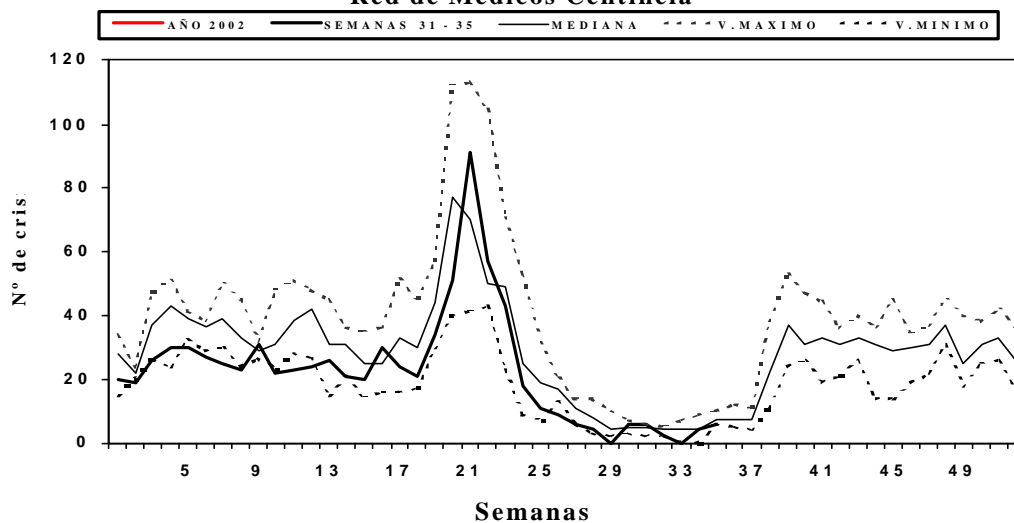
Tabla 1. Casos notificados a la Red y cobertura de notificación
Año 2002

	Nº casos semanas 31-35	Casos acumulados	Cobertura %
Gripe*			
Otros procesos:			
Varicela	29	1212	50,13
Herpes zoster	9	130	
Crisis asmáticas	18	805	

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

Crisis asmáticas. Año 2002

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

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
E-mail: boletin.epidemiologico@madrid.org

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."