

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

7.

INFORMES:

- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2005.
- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2005.



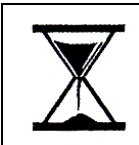




BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

7

Índice

INFORMES:

	- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2005.	3
	- Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2005.	39
	- EDO. Semanas 27 a 30 (del 2 al 29 de julio de 2006)	61
	- Brotes Epidémicos. Semanas 27 a 30, 2006.	64
	- Red de Médicos Centinela, semanas 27 a 30, 2006.	66



INFORME:

HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2005

Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), 2005

Indice:

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	4
3. Metodología.....	4
4. Resultados.....	6
4.1. Actividad física.....	7
4.2. Alimentación.....	10
4.3. Realización de dietas.....	14
4.4. Antropometría.....	16
4.4. Consumo de tabaco.....	17
4.5. Consumo de alcohol.....	22
4.6. Prácticas preventivas.....	27
4.7. Accidentes.....	32
4.8. Seguridad vial.....	33
4.9. Agregación de factores.....	37
5. Bibliografía.....	39

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua desde 1995, 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 de salud pública.

Metodología: el SIVFRENT se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de 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, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco y alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad.

Resultados: Alrededor del 50% de la población es totalmente sedentaria en la actividad laboral y el 80% no cumple las recomendaciones de actividad física en tiempo libre. La evolución de estos indicadores no es positiva ya que se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación, no compensada con una mayor actividad en tiempo libre.

El consumo de alimentos describe, como en años anteriores, un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos. Aunque se observa una recuperación desde el año 2001 del consumo de fruta fresca, todavía uno de cada cuatro personas no consume este alimento diariamente.

Los efectos de este desequilibrio en el balance energético tienen como consecuencia que el 38,3% de la población tiene sobrepeso y obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo más frecuente en los hombres. Además la tendencia es desfavorable, aumentando el sobrepeso de tipo II y la obesidad un 20% en los hombres y un 15% en las mujeres.

Aunque todavía el 34,8% fuma habitualmente, esta prevalencia continúa descendiendo de forma consistente tanto en la población masculina como en la femenina, debido a la disminución de la frecuencia de consumo en las cohortes jóvenes y al incremento del abandono de este hábito.

También el consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva al comparar los datos actuales con los de la mitad de la década pasada. A diferencia del consumo de tabaco donde los indicadores son muy similares en frecuencia en ambos géneros, el consumo de alcohol es más frecuente en hombres, detectándose un 4,9% de hombres bebedores de riesgo frente a un 2,4% en mujeres.

La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, destacando el gran incremento, un 76,3%, en la realización de mamografías. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, ha descendido notablemente.

Por último, la agrupación de importantes factores de riesgo (sedentarismo, dieta desequilibrada, consumo de tabaco y consumo de alcohol de riesgo) es elevada, ya que una de cada cinco personas tiene presentes dos o más de estos cuatro importantes factores de riesgo.

Conclusiones: Los datos del 2005 consolidan los importantes cambios observados en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas, en estos once años de estudio. Los indicadores relacionados con el balance energético presentan una evolución poco favorable para los objetivos de salud pública, con un incremento del sobrepeso y obesidad, una elevada prevalencia de sedentarismo y una dieta que debería estar más equilibrada. En el lado contrario, y a pesar de que todavía hay un gran margen de mejora, el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, las prácticas preventivas, y las medidas de protección de seguridad vial, describen un cambio muy positivo, con un descenso de la frecuencia de las principales conductas de riesgo.

2.- INTRODUCCIÓN

A pesar de que las enfermedades no transmisibles como las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad en los países desarrollados, los sistemas de vigilancia no están todavía plenamente orientados a medir de forma integral la carga de enfermedad que generan y especialmente a vigilar los factores de riesgo modificables relacionados: el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, la obesidad, o la hipertensión¹⁻⁵.

Aunque existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, se necesitan datos concretos sobre los factores de riesgo, sin los cuales no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar y supervisar intervenciones específicas.

En este sentido, la Consejería de Sanidad y Consumo puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁶, cuyo objetivo es el de medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. 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 2005, con un formato similar al de ediciones anteriores⁶⁻¹⁵, 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, que en la actualidad alcanza una cobertura del 92%¹⁶.

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.

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)¹⁷.

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
- . Antropometría
- . Consumo de tabaco
- . Consumo de alcohol
- . Prácticas preventivas
- . Accidentes
- . Seguridad vial

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)) fue del 61,2%. Del total de negativas un 72,9% han sido negativas de hogares, un 23,0% de individuos una vez seleccionados y un 4,2% 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 2005.

TABLA 1.- Características de la muestra

Número entrevistas	2.009
Género (%)	
Hombres	48,7
Mujeres	51,3
Edad (%)	
18-29	29,1
30-44	37,0
45-64	33,9
Ambito geográfico (%)	
Madrid capital	52,6
Corona metropolitana	37,1
Resto de municipios	10,3
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,2
Primarios	6,5
Secundarios 1º grado	27,3
Secundarios 2º grado	33,2
Universitarios	31,7

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 45,2% 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 56,8% 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 METS¹⁸, que es el gasto metabólico equivalente teniendo como referencia el basal. Por ejemplo, una actividad que consuma 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 80,2% 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 88,3% 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 fútbol, seguido del footing y las pesas/gimnasia con aparatos. En mujeres la más frecuente es la natación, seguido de la gimnasia de mantenimiento y las pesas/gimnasia con aparatos.

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2005. Si comparamos los promedios de 2004-2005 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa en un 10,3% en hombres y un 25,0% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene muy estable.

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

	TOTAL L	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ^(a)	45,2 (±2,2)*	49,9 (±3,1)	40,8 (±3,0)	56,8 (±4,0)	44,3 (±3,6)	36,2 (±3,6)
No activos en tiempo libre ^(b)	80,2 (±1,7)	76,2 (±2,7)	84,0 (±2,2)	70,7 (±3,7)	80,2 (±2,9)	88,3 (±2,4)

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

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

* Intervalo de confianza al 95%

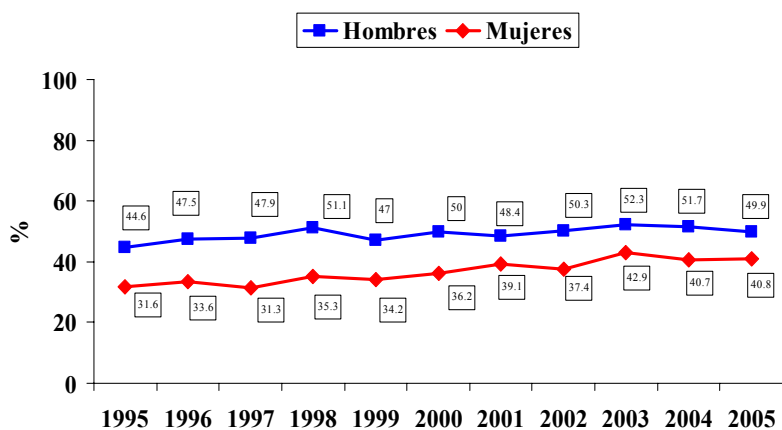
Tabla 3.- Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

HOMBRE		MUJER	
1. Fútbol	13,3%	1. Natación	12,1%
2. Footing	13,0%	2. Gimnasia de mantenimiento	8,3%
3. Pesas/Gimnasia con aparatos	12,6%	3. Pesas/Gimnasia con aparatos	7,5%
4. Natación	8,8%	4. Aerobic/GimJazz/Danza	5,5%
5. Bicicleta	8,5%	5. Bicicleta	2,8%

GRÁFICO 1

Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

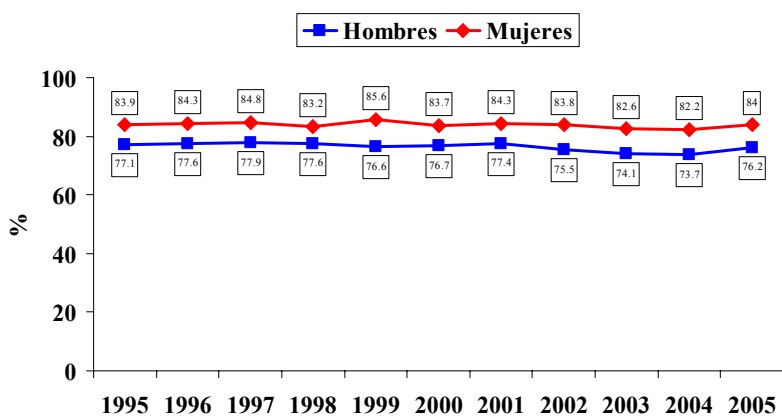
PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* 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 y Consumo

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

4.2.- ALIMENTACIÓN

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 se consume el alimento a lo largo del día.

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente de 1,4 raciones/día, aunque el 11,5% no ingiere ninguna cantidad .

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,2 raciones diarias y sólo el 5,6% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 35,3% en hombres y de un 26,5% en mujeres (gráfico 2).

El 53,2% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 61,7% frente al 44,3% 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 13,1% en hombres y un 20,8% 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 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 50,0% de las personas entrevistadas. El 11,2% 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 1,2 raciones/día, que se incrementa a 1,5 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 2,5 raciones/día. El 6,7% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta (incluidos zumos), y el 51,6 (56,1% de hombres y el 47,2% 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 63,4% no llega a consumir tres raciones al día.

La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido ligeramente en hombres y mujeres (6,3% y 6,0%), comparando los dos primeros años de la serie respecto a 2004 y 2005 (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 86,3%, 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 49,8% de hombres frente al 40,8% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los once años de estudio.

Pescado

El 48,8% 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 ligeramente superior en hombres que en 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

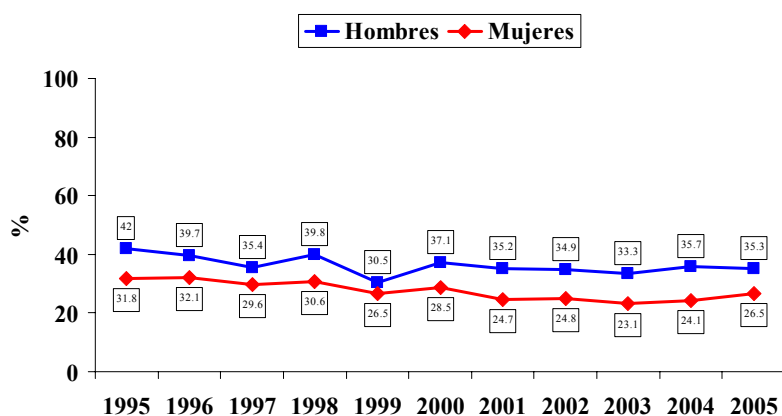
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	88,5 (±1,4)*	87,1 (±2,1)	89,8 (±1,8)	83,7 (±3,0)	89,6 (±2,2)	91,3 (±2,1)
Leche y derivados	94,4 (±1,0)	94,1 (±1,5)	94,7 (±1,4)	91,6 (±2,2)	94,3 (±1,7)	96,8 (±1,3)
Dulces/ Bollería	50,0 (±2,2)	53,8 (±3,1)	46,4 (±3,0)	51,4 (±4,1)	49,4 (±3,6)	49,4 (±3,8)
Verdura	75,1 (±1,9)	70,9 (±2,8)	79,0 (±2,5)	68,5 (±3,8)	78,1 (±3,0)	77,4 (±3,1)
Legumbres	16,0 (±1,6)	19,3 (±2,5)	12,9 (±2,0)	14,9 (±2,9)	15,1 (±2,6)	18,0 (±2,9)
Arroz	13,6 (±1,5)	14,4 (±2,2)	12,9 (±2,0)	13,4 (±2,8)	14,7 (±2,5)	12,8 (±2,5)
Pasta	16,7 (±1,6)	18,6 (±2,4)	14,9 (±2,2)	24,5 (±3,5)	17,0 (±2,7)	9,8 (±2,2)
Carne	73,4 (±1,9)	75,9 (±2,7)	71,0 (±2,8)	76,7 (±3,4)	72,9 (±3,2)	71,1 (±3,4)
Carne y derivados	86,3 (±1,5)	87,5 (±2,1)	85,1 (±2,2)	91,1 (±2,3)	85,3 (±2,5)	83,1 (±2,8)
Huevos	27,1 (±1,9)	26,1 (±2,7)	28,0 (±2,7)	26,4 (±3,6)	28,0 (±3,2)	26,7 (±3,3)
Pescado	48,8 (±2,2)	49,7 (±3,1)	48,0 (±3,0)	42,1 (±4,0)	50,7 (±3,6)	52,5 (±3,7)
Fruta fresca	73,1 (±1,9)	69,9 (±2,9)	76,1 (±2,6)	61,6 (±3,9)	71,1 (±3,3)	85,2 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 2

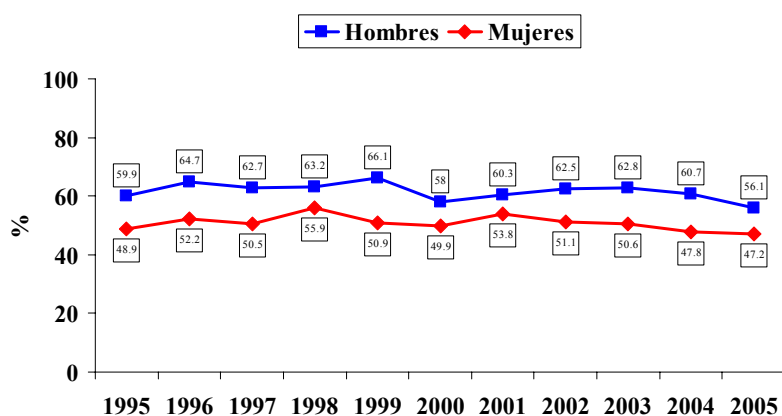
Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

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

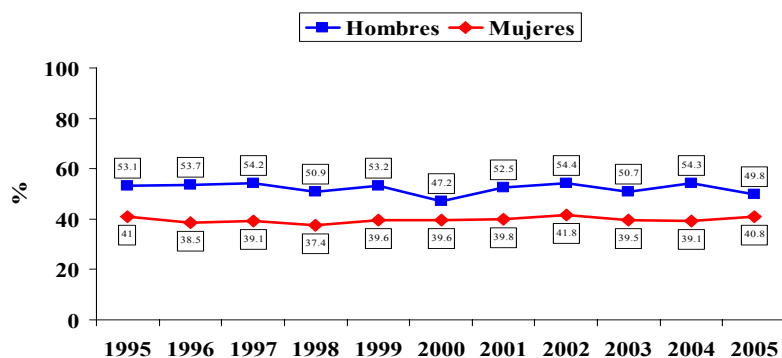


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

GRÁFICO 3

Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 15,2% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 9,7% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 1,8 veces más frecuente que en hombres.

Al comparar los promedios de 2004 y 2005 respecto a 1995 y 1996, se produce un notable descenso de este indicador en las mujeres (19,6%) mientras que en los hombres aumenta un 10,4% (gráfico 4).

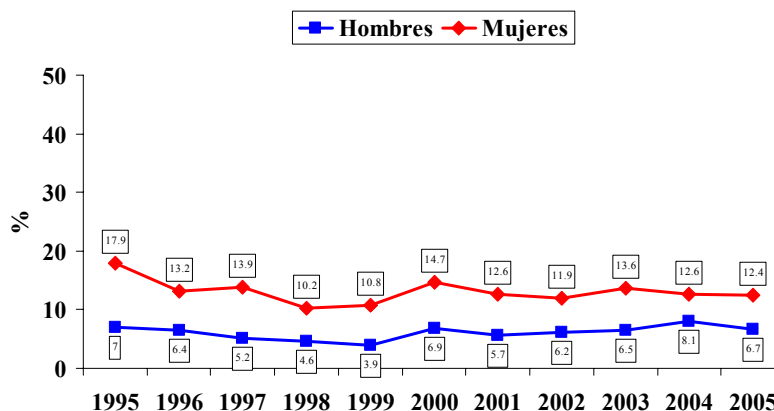
Tabla 5.- Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombr e	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	15,2 (±1,6)*	11,2 (±2,0)	18,9 (±2,4)	16,8 (±3,0)	17,5 (±2,7)	11,3 (±2,4)
Dieta para adelgazar	9,7 (±1,3)	6,7 (±1,6)	12,4 (±2,0)	11,5 (±2,6)	12,0 (±2,3)	5,6 (±1,7)

* 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 1995-2005



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal, definido como el cociente del peso en Kg/talla en m^2 , ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad¹⁹. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en la tabla 6²⁰.

El 2,7% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres con una prevalencia del 4,8%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. Por otro lado, el 38,3% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,6% al sobrepeso de grado I, del 12,2% al sobrepeso de grado II, y del 8,5% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia (gráfico 5) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y obesidad del 20,0%, comparando los promedios de 2004 y 2005 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 15,0%.

Tabla 6.- Distribución del Índice de Masa corporal

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ^(a)	2,7 (±0,7)*	0,6 (±0,5)	4,8 (±1,3)	6,1 (±2,0)	1,6 (±0,9)	1,0 (±0,8)
Sobrepeso grado I ^(b)	17,6 (±1,7)	24,8 (±2,7)	10,8 (±1,9)	11,0 (±2,5)	20,3 (±2,9)	20,5 (±3,0)
Sobrepeso grado II ^(c)	12,2 (±1,4)	15,9 (±2,3)	8,7 (±1,7)	4,8 (±1,7)	12,3 (±2,4)	18,5 (±2,9)
Obesidad ^(d)	8,5 (±1,2)	9,3 (±1,8)	7,8 (±1,6)	1,4 (±0,9)	8,6 (±2,0)	14,6 (±2,7)

* Intervalo de confianza al 95%

(1) Índice de Masa Corporal <18,5

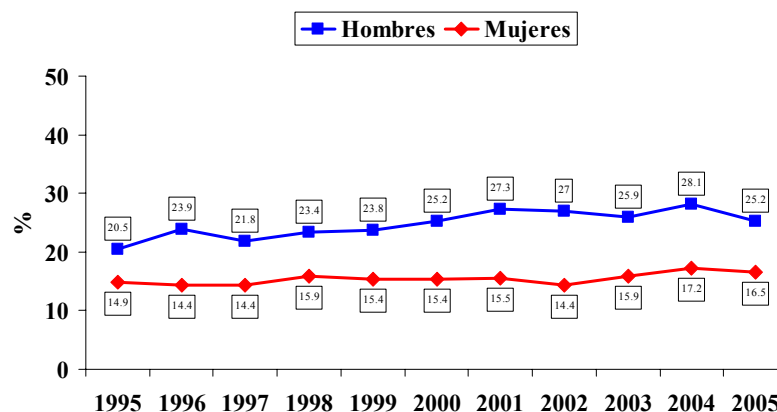
(2) Índice de Masa Corporal 25-26,9

(3) Índice de Masa Corporal 27-29,9

(4) Índice de Masa Corporal >=30

GRÁFICO 5

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO DE GRADO II U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2005



*Índice de Masa Corporal >=27

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 56,3% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida, mientras que el 43,7% son no fumadores. En función de la situación actual de consumo, un 34,8% fuman actualmente (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 31,6% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 21,5% (gráfico 6).

El consumo excesivo (consumo de ≥ 20 cigarrillos al día), es de un 12,6% respecto al total de entrevistados, y del 40,1% en los fumadores diarios.

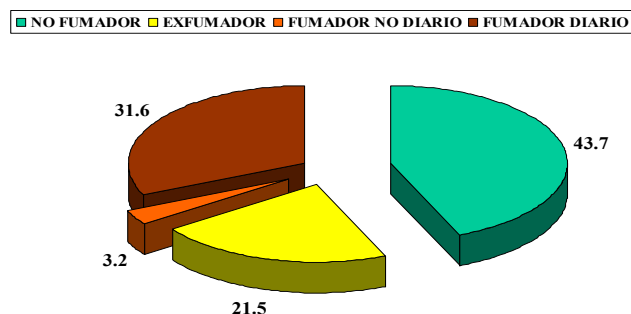
La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 38,2%, y del total de fumadores actuales un 19,6% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 18,1% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 34,6% de los fumadores diarios 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, principalmente por el mayor consumo en hombres de edad más avanzada.

Respecto a la evolución, en los hombres continúa el descenso experimentado en la década de los ochenta y noventa aunque más desacelerado en la actualidad: comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso es del 17,2% (gráfico 7). Esta disminución está motivada tanto por el incremento del número de exfumadores (gráfico 8), como por la menor prevalencia de consumo de las cohortes jóvenes. Por este motivo se espera que a corto plazo continuará produciéndose un descenso del consumo. En las mujeres, después de alcanzar una prevalencia máxima durante la primera parte de la década pasada y unos años posteriores de estabilización, se observa a partir del año 2000 un descenso moderado del consumo de tabaco. Al igual que en los hombres, este descenso está motivado por un incremento del número de exfumadoras (gráfico 8) y un importante descenso del consumo en la población más joven, por lo que se espera también que en los próximos años continúe disminuyendo la prevalencia. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso del tabaquismo en mujeres es del 9,2%.

GRÁFICO 6

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2005



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

Tabla 7.- Proporción de fumadores y de abandono del consumo de tabaco

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	56,3 (±2,2)*	60,2 (±3,1)	52,7 (±3,0)	48,6 (±4,1)	60,4 (±3,5)	58,5 (±3,7)
Fumadores actuales ^(a)	34,8 (±2,1)	36,6 (±3,0)	33,2 (±2,9)	37,5 (±3,9)	35,8 (±3,6)	31,5 (±3,4)
Fumadores diarios	31,6 (±2,0)	33,3 (±3,0)	30,0 (±2,8)	32,2 (±3,8)	32,8 (±3,4)	29,8 (±3,4)
Consumo excesivo ^(b)	12,6 (±1,5)	14,9 (±2,2)	10,5 (±1,9)	8,7 (±2,3)	14,3 (±2,5)	14,2 (±2,6)
Proporción de abandono ^(c)	38,2 (±2,8)	39,2 (±3,9)	37,0 (±4,1)	22,9 (±4,9)	40,8 (±4,6)	46,1 (±4,9)

* Intervalo de confianza al 95%

(a) Fumador ocasional o diario

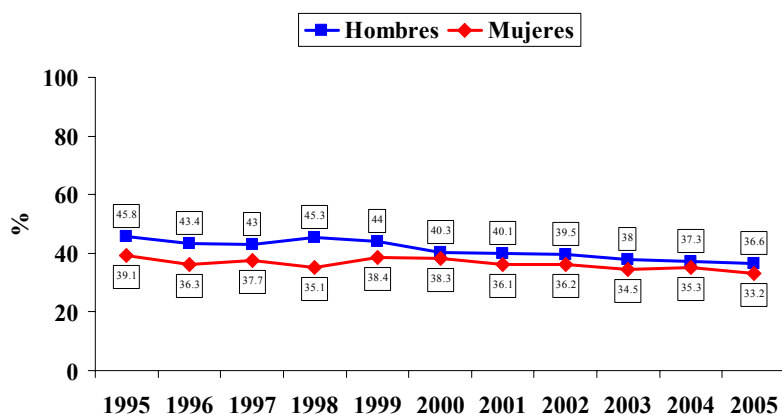
(b) Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

(c) Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

GRÁFICO 7

Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

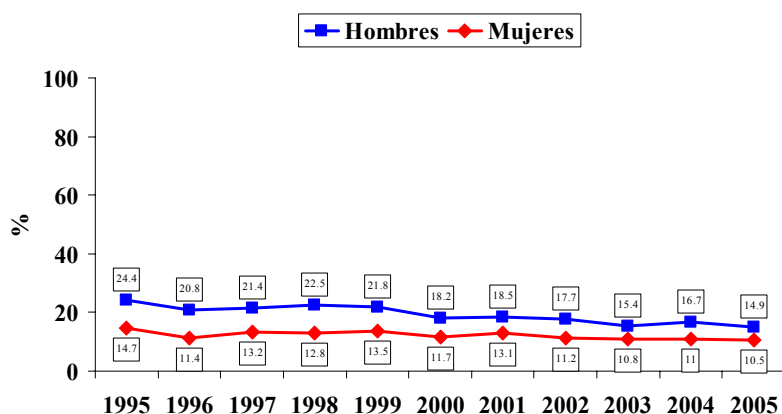
PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Fumador ocasional o diario

PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO*



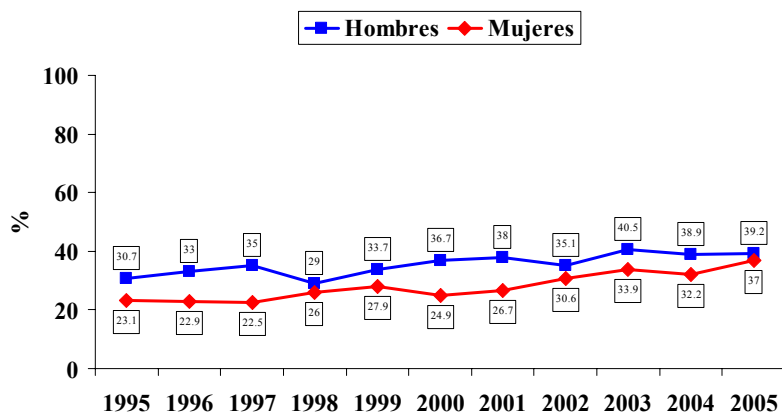
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Consumo de ≥ 20 cigarrillos diarios

GRÁFICO 8

Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

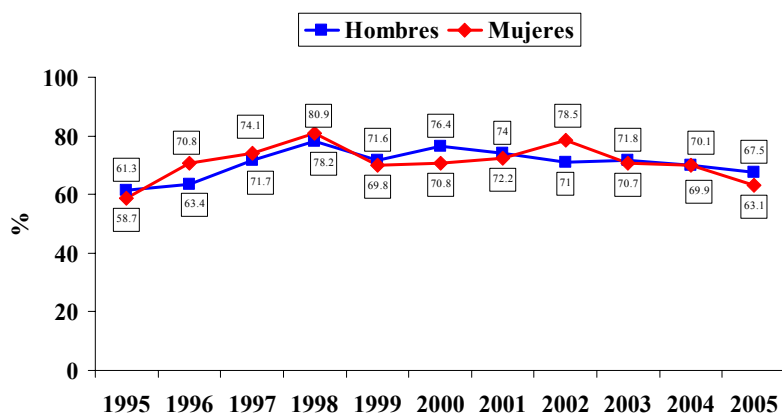
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* 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 y Consumo

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 63,3 centímetros cúbicos (cc.), 95,3 cc. en hombres y 33 cc. en mujeres.

El 52,9% 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 1,7 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 3,6% son clasificados como bebedores a riesgo, un 52,4% como bebedores moderados y un 44,0% como no bebedores (gráfico 9). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2 veces mayor que en mujeres

Un 9,9% 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 1,9 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (23,6%).

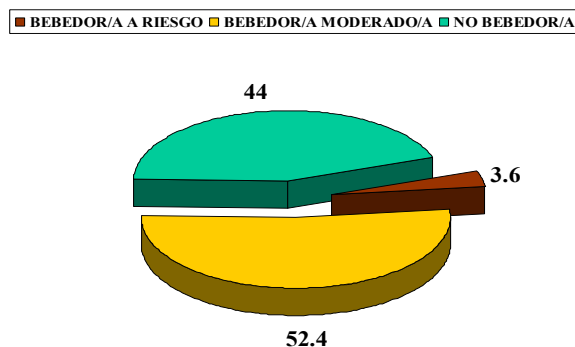
Del total de bebedores habituales, un 16,5% tienen el test de CAGE²¹⁻²³ positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 3,1% 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 0,5% 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.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución favorable, especialmente en los hombres. Por un lado, la proporción de bebedores habituales se mantiene relativamente estable en ambos sexos. Sin embargo, la proporción de bebedores de riesgo disminuye en hombres y mujeres un 38,8% y 5,8% respectivamente, comparando los promedios 2004-2005 respecto a 1996-1996. El consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 11) sólo disminuye en hombres (un 16,1%), aumentando en mujeres ligeramente (9,0%). Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 11) se reduce en hombres y mujeres aunque la variabilidad en la población femenina es muy elevada dado que la prevalencia promedio de toda la serie es alrededor del 1%.

GRÁFICO 9

CLASIFICACIÓN SEGÚN CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2005



Fuente: SIVFRENT-A Consejería de Sanidad y Consumo

Tabla 8.- 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 ^(a)	52,9 (±2,2)*	67,3 (±2,9)	39,4 (±3,0)	54,1 (±4,0)	52,5 (±3,6)	52,5 (±3,8)
Bebedores a riesgo ^(b)	3,6 (±0,8)	4,9 (±1,4)	2,4 (±0,9)	4,5 (±1,7)	3,4 (±1,3)	3,2 (±1,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	9,9 (±1,3)	13,2 (±2,1)	6,8 (±1,5)	23,6 (±3,4)	6,9 (±1,8)	1,5 (±0,9)
Test CAGE + en bebedores habituales	16,5 (±2,2)	20,2 (±3,1)	10,6 (±3,0)	19,3 (±4,4)	16,2 (±3,7)	14,5 (±3,7)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	3,1 (±0,8)	5,4 (±1,5)	0,5 (±0,5)	5,9 (±2,2)	2,9 (±1,3)	1,1 (±0,9)

* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

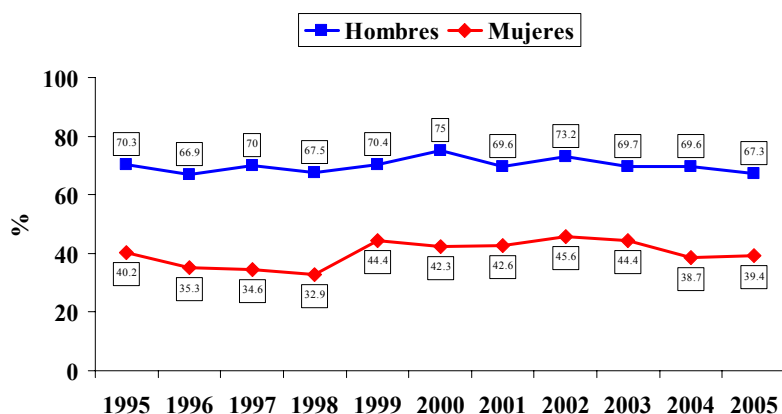
^(b) Consumo de alcohol de ≥ 50 cc./día en hombres y ≥ 30 cc./día en mujeres

^(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 cc. en hombres y ≥ 60 cc. en mujeres

GRÁFICO 10

Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

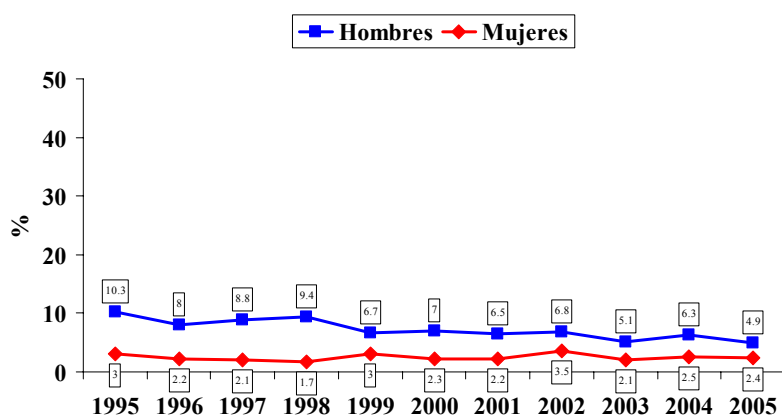
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

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

PROPORCIÓN DE BEBEDORES A RIESGO*



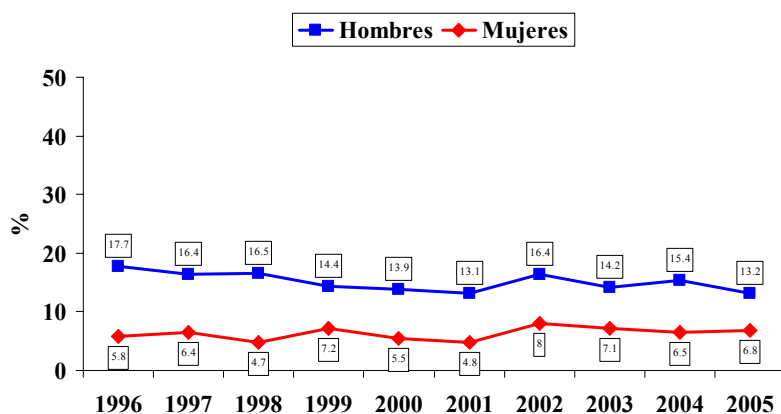
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

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

GRÁFICO 11

Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2005

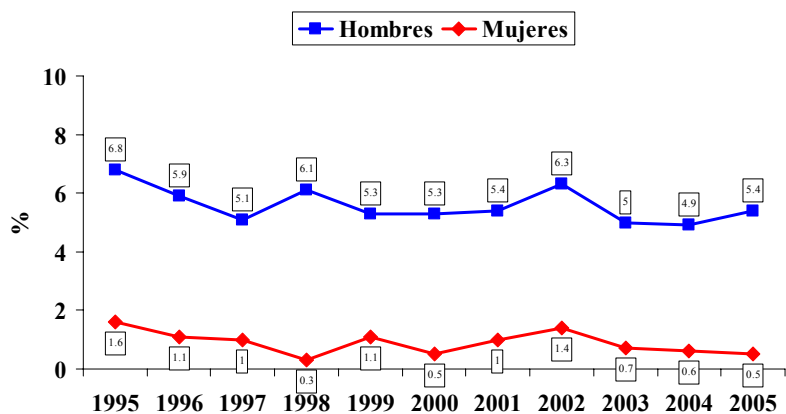
PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO EN UNA MISMA OCASIÓN*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* Consumo de alcohol de ≥ 80 cc./día en hombres y ≥ 60 cc./día en mujeres a lo largo de una tarde o una noche

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 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 Comunitaria²⁴.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 12,1% no cumple ambas recomendaciones.

Un 14,2% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 55,2% está tomando medicación, el 45,4% se controla el peso, un 60,1% ha reducido la ingesta de sal, y un 33,9% hace ejercicio físico. El 74,1% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 25,9% no realiza ninguna.

A un 17,3% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 30,7% toma medicamentos, el 59,6% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 35,3% practica ejercicio físico. El 69,3% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 30,7% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 9,9% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 8,8% de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos diez años de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías – en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 76,3% comparando el promedio del año 2004 y 2005 con el de 1995 y 1996 (gráfico 14).

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ^(a)	18 - 40 años	93,1 (±1,5)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	91,7 (±1,8)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	89,1 (±3,1)
	Mujeres < 46 años	95,0 (±1,6)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	92,2 (±2,2)
	Mujeres ≥46 años	93,7 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años**Tabla 10.- Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados**

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	14,2 (±1,5)*	15,7 (±2,3)	12,8 (±2,0)	4,8 (±1,7)	8,9 (±2,0)	28,2 (±3,4)
Colesterol elevado	17,3 (±1,7)	19,3 (±2,6)	15,5 (±2,3)	6,3 (±2,1)	14,4 (±2,6)	29,4 (±3,5)

* Intervalo de confianza al 95%

Tabla 11.- Proporción de mujeres con realización de citologías y mamografías

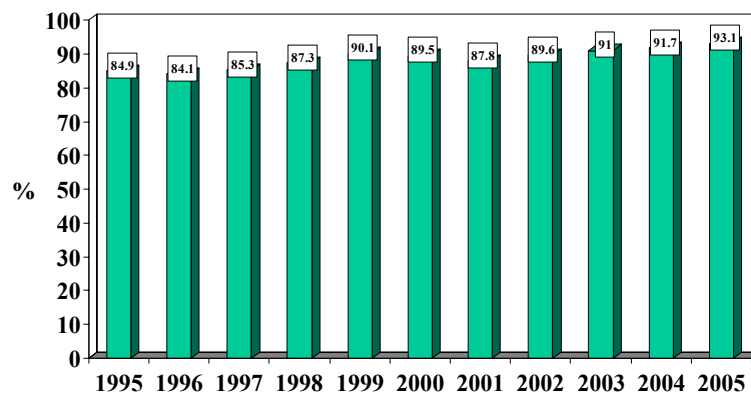
	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	90,1 (±2,3)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	91,2 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 12

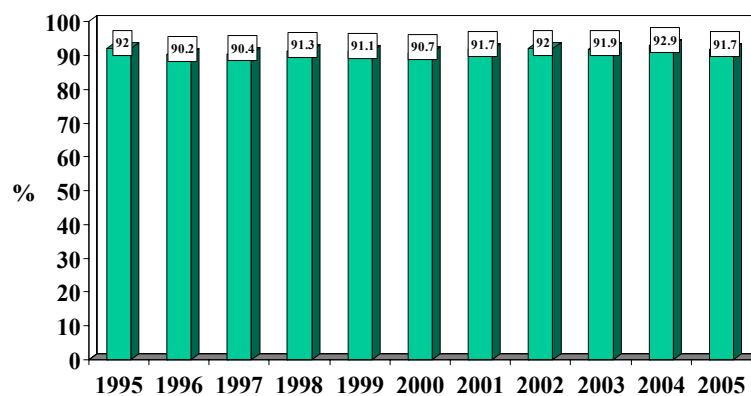
Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2005

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 y Consumo

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

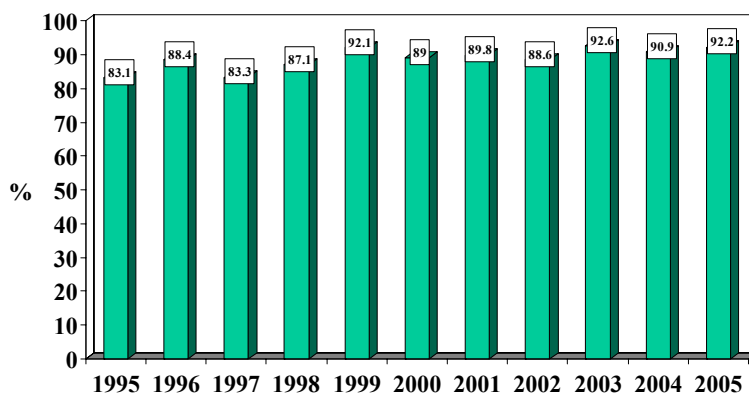


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

GRÁFICO 13

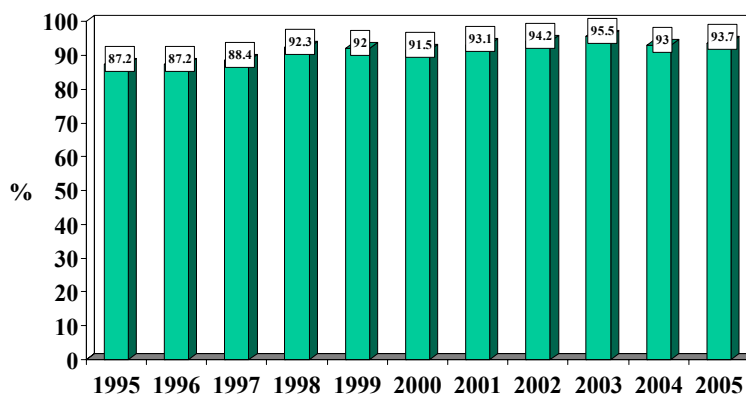
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2005

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 y Consumo

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

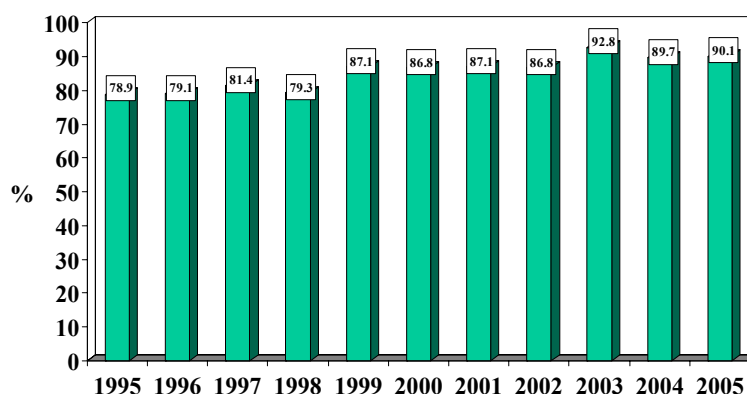


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

GRÁFICO 14

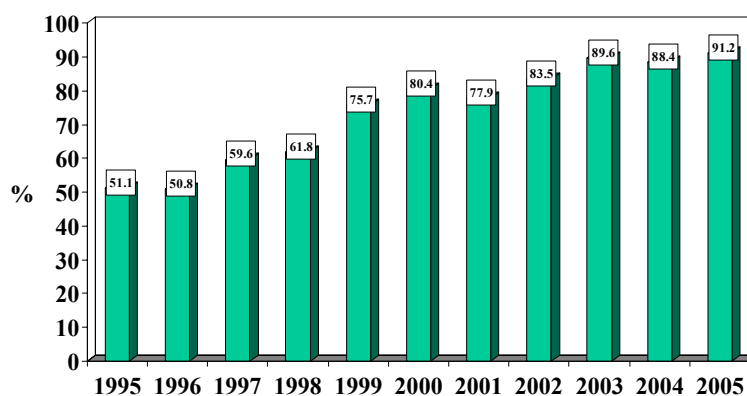
Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2005

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 y Consumo

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 y Consumo

4.8. ACCIDENTES

Un 7,8% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven.

Un 1,4% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico .

Durante los últimos 12 meses un 0,7% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 5,1% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Se observa una moderada reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 17,6% en hombres y del 14,3% en mujeres durante el 2004-2005 respecto a 1996-1996 (gráfico 15).

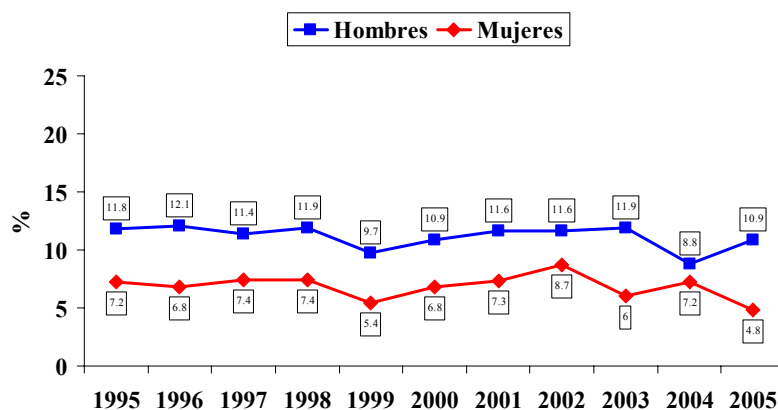
Tabla 12.- Proporción de personas que han tenido algún accidente en los últimos 12 meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	7,8 (±1,2)*	10,9 (±2,0)	4,8 (±1,3)	11,3 (±2,6)	8,1 (±2,0)	4,5 (±1,6)
Accidente de tráfico	1,4 (±0,5)	1,9 (±0,9)	0,8 (±0,6)	2,7 (±1,3)	1,1 (±0,7)	0,6 (±0,6)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2005



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

4.9. SEGURIDAD VIAL

Un 4,4% 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 0,3% en la conducción por carretera.

Un 5,5% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 7,2% no utiliza nunca el casco o lo hace infrecuentemente. El 3,1% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 1,6% 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. A pesar de esta limitación, en los gráficos 16 y 17 podemos apreciar el cambio favorable tan grande que se ha producido en estos once años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2004-2005 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso habitual del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 72,8% y 80,0%. Asimismo, la disminución del uso del casco en moto es del 46,2% y 76,0%.

Tabla 13.- No utilización del cinturón de seguridad y casco en moto de forma habitual^a

	1. TOT AL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No utilización del cinturón de seguridad por CIUDAD	4,4 (±0,9)*	6,3 (±1,6)	2,6 (±1,0)	3,9 (±1,6)	3,8 (±1,4)	5,7 (±1,8)
No utilización del cinturón de seguridad por CARRETERA	0,3 (±0,3)	0,6 (±0,5)	0,1 **	0,7 (±0,7)	0,3 **	0 **
No utilización del casco en moto por CIUDAD	7,2 (±4,8)	6,0 (±5,7)	9,1 (±8,6)	8,2 (±6,9)	2,8 **	14,3 **
No utilización del casco en moto por CARRETERA	1,6 **	2,4 **	0 -	0 -	0 -	10 **

^a No utilización: Nunca o algunas veces

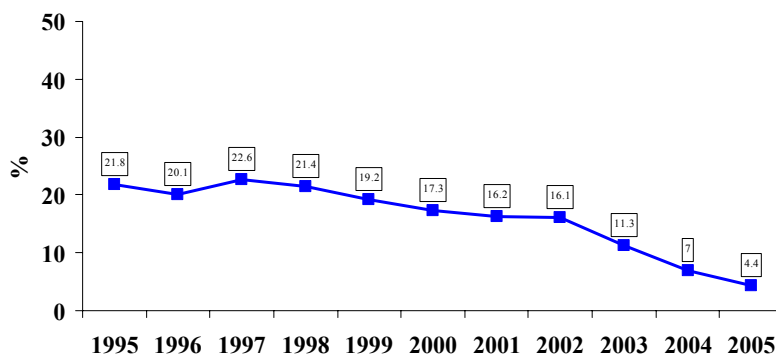
* Intervalo de confianza al 95%

** Variación superior al 100%

GRÁFICO 16

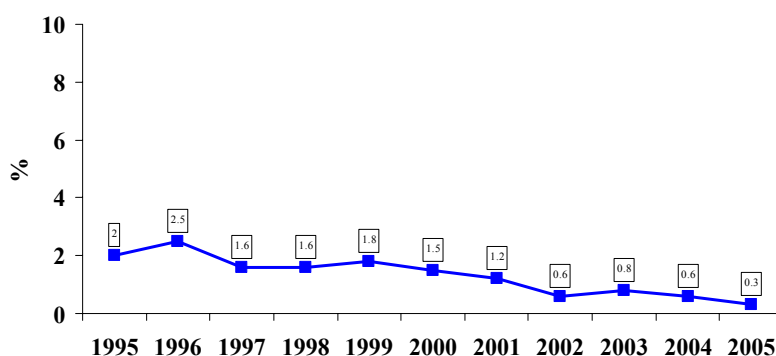
Evolución de la proporción de personas que no utilizan el cinturón de seguridad por ciudad y carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2005.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD DE FORMA HABITUAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CARRETERA DE FORMA HABITUAL



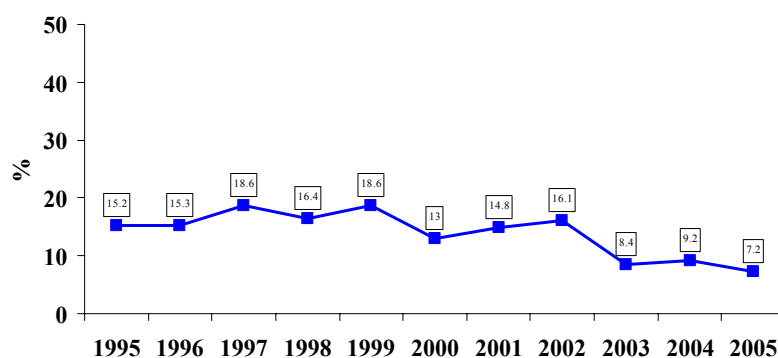
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* No utilización: Nunca o algunas veces

GRÁFICO 17

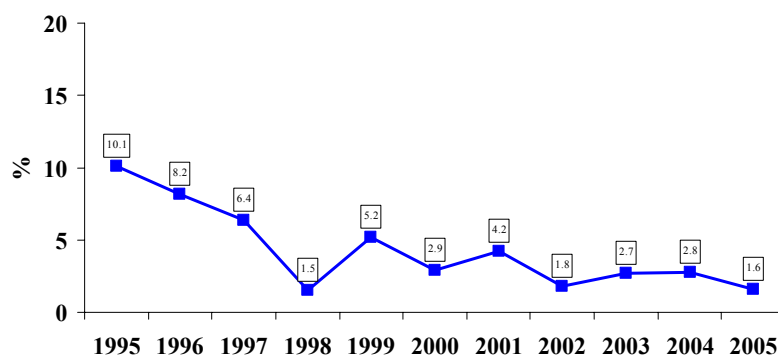
Evolución de la proporción de personas que no utilizan el casco en moto por ciudad y carretera de forma habitual*. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2005.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CASCO EN MOTO POR CIUDAD DE FORMA HABITUAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN EL CASCO EN MOTO POR CARRETERA DE FORMA HABITUAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

* No utilización: Nunca o algunas veces

4.10. AGREGACION DE FACTORES

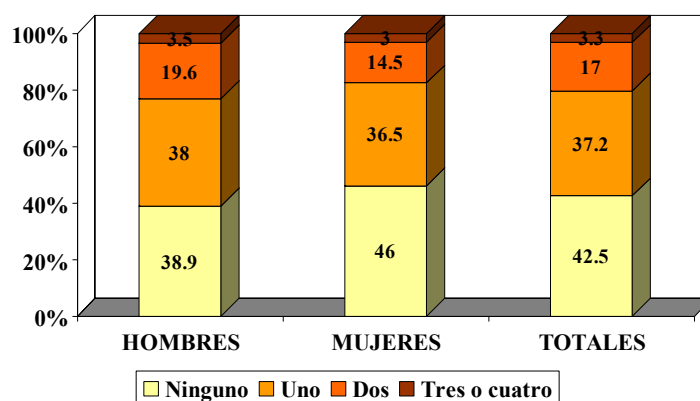
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol hemos seleccionado como indicadores dos de 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 prácticamente 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 42,5% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 37,2% tiene uno, el 17,0% dos, el 3,0% tres, y el 0,3% cuatro (gráfico 18). Globalmente aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad ya que en el grupo más joven la frecuencia de agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo casi 1,6 veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres (gráfico 19).

Por último, en el gráfico 20 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 2004 y 2005 comparado con 1995-1996, del 18,9%. En las mujeres, la prevalencia está muy estabilizada.

GRÁFICO 18

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2005

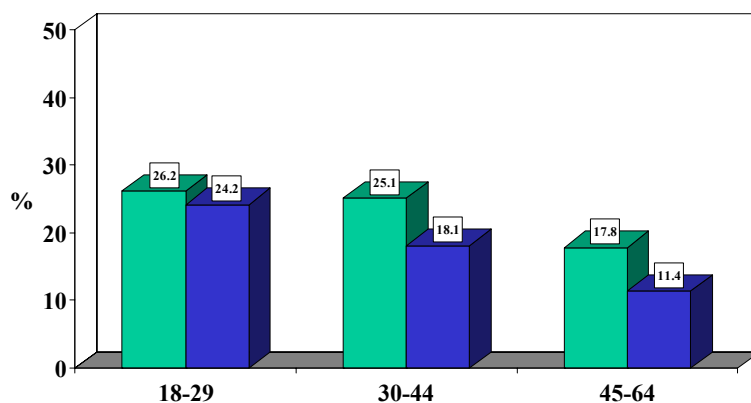


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

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

GRÁFICO 19

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2005

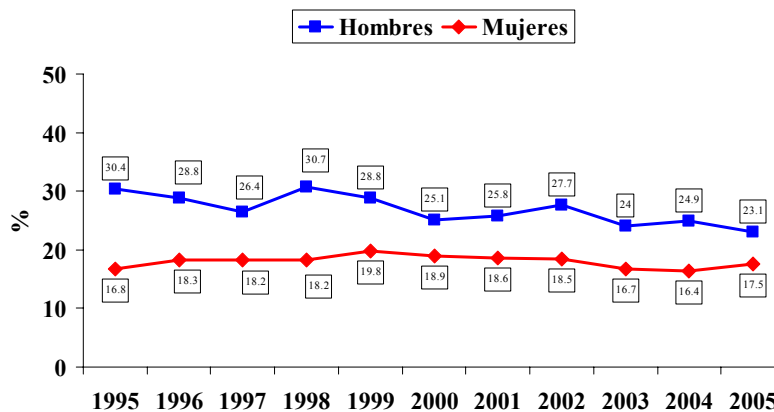


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

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

GRAFICO 20

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 1995-2005



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad y Consumo

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

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 10:1238-45.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
3. Berkelman RL, Buehler JW. Public health surveillance of non-infectious chronic diseases: The potential to detect rapid changes in disease burden. Int J Epidemiol 1990; 19:628-635.
4. Morabia A. Annotación: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86:625-7.
5. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19:145-51.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
10. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
11. 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.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002, 8:3-32.
13. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 9:3-34.
14. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2004, 10:3-37.

15. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005, 11:3-36.
16. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los hogares. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/estructutic.htm>
17. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc;1988:377-85.
18. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc 2000;32(9 Suppl):498-504.
19. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
20. Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.
21. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Estud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
22. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
23. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav 2004; 29: 867-878.
24. Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.



INFORME:

RED DE MÉDICOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2005.

Informe elaborado por: Napoleón Pérez-Farinós, José Luis Cantero Real, Iñaki Galán Labaca, María Ordobás Gavín, Ana Robustillo Rodelas y Belén Zorrilla Torras. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

RESUMEN

Introducción: La Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid (CM) forma parte de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid, como un sistema de información cuyo objetivo principal es contribuir a la prevención y control de enfermedades mediante la notificación de los casos de las mismas.

Metodología: La Red consta de unos Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria que de forma voluntaria notifican semanalmente los casos de varicela, herpes zoster, crisis asmáticas y gripe (durante el período epidémico). Con estas declaraciones se obtiene información sobre dichas enfermedades, número de casos e incidencia, características clínicas, complicaciones o demanda sanitaria.

Resultados: En el año 2005 participaron en la RMC de la CM 40 Médicos de Familia y 34 Pediatras, de los que 24 Médicos de Familia y 6 Pediatras notificaron casos de gripe.

Se notificaron 607 casos de varicela, con una tasa cruda de incidencia de 830,5 casos por 100.000 personas, prácticamente la mitad que en el año 2004. Los casos se dieron en su mayor parte en niños. Fueron declarados 241 casos de herpes zoster, 4 más que en 2004 (tasa de 329,7 casos por 100.000 personas), principalmente en personas de edad avanzada.

Se registraron 956 crisis asmáticas. La incidencia en menores de 15 años fue de 3,1 por 100 habitantes, y del 0,4 % en mayores de 14 años. El 16,5 % de las crisis fueron repetidas. El patrón temporal sigue la tendencia descendente iniciada en 2001.

Se detectó actividad epidémica de gripe durante 3 semanas (de la 9 a la 11 de 2006), correspondiendo los máximos epidémicos a la semana 10 de 2006. Se notificaron 271 casos de gripe, el 58,9 % en hombres. En 43 de ellos se recogió muestra de exudado nasofaríngeo, de las que 2 fueron positivas. Una muestra correspondió al virus gripal B y la otra al tipo AH3N2.

Conclusiones: la RMC de la CM sigue siendo una herramienta eficaz para la descripción del comportamiento de diversos procesos, y para la detección precoz de brotes y situaciones epidémicas.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de médicos centinela forman parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica y se basan en la participación con carácter voluntario de un grupo de médicos. Estos sistemas proporcionan información complementaria de otros sistemas de vigilancia (EDO, Información microbiológica), con datos sobre enfermedades o procesos que por sus características son considerados de especial interés para la Salud Pública.

La obtención de información a través de las redes centinela presenta varias ventajas. La primera es que los datos proceden directamente de los profesionales de Atención Primaria, que son los que mantienen el contacto más cercano con el paciente. Otro hecho muy favorable es el bajo coste de esta información en relación con otros sistemas, tales como estudios epidemiológicos *ad hoc* o encuestas, sobre todo cuando se requieren datos de forma continua; esto es debido a que la recogida de datos está integrada en el quehacer diario del profesional, sin que éste tenga que desviarse sustancialmente de sus actividades. Esta circunstancia también permite que sin tener que modificar la infraestructura, puesto que se trata del sistema de Atención Primaria, sí pueden modificarse los objetivos de la vigilancia y las enfermedades y procesos que se quieren vigilar, dotando a las redes centinela de gran flexibilidad. Además, la información obtenida es de gran calidad, por su procedencia y por el alto grado de compromiso de los notificadores.

Las redes centinela tienen una cada vez más amplia distribución en Europa, así como en otros muchos países, como Estados Unidos, Australia o Nueva Zelanda. En España existe un gran número de Comunidades Autónomas con alguna red de este tipo, que llevan a cabo sus propios proyectos, pero también, y esto es importante, abordan investigaciones conjuntas entre ellas, lo que redundará en una mayor calidad de los estudios y de la información obtenida.

La Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid (CM) se puso en funcionamiento en 1991, y en 1996, con la creación de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la CM, se introdujo en el marco normativo autonómico (Decreto 184/1996). Los médicos de la Red notifican los casos detectados de las enfermedades vigiladas y la población atendida por esta muestra de médicos es representativa de la población total de la Comunidad de Madrid según diversas variables demográficas, sociales y culturales. En el año 2005 han colaborado como notificadores 40 Médicos Generalistas y 34 Pediatras de Atención Primaria (Anexo I).

Desde su puesta en marcha, han sido vigilados diferentes procesos, que han ido variando en función de las necesidades o del interés sobre los mismos. Durante el año 2005 los problemas de salud que han sido objeto de vigilancia han sido la Gripe (notificada por 30 médicos de la Red), la Varicela, el Herpes Zoster y las Crisis Asmáticas. Las definiciones de caso y los impresos de notificación se detallan en el Anexo II.

En este informe se presentan los principales resultados obtenidos a través de la notificación durante el año 2005.

FUNCIONAMIENTO DE LA RED

Cobertura:

- a) Porcentaje de notificación: porcentaje de notificaciones recibidas del total de notificaciones que se deberían haber recibido en todo el año. Hay que tener en cuenta que las notificaciones deben realizarse semanalmente aunque no haya ningún caso. El porcentaje de notificación en el año 2005 ha sido del 70,4 %.
- b) Cobertura de población: población vigilada realmente del total de la población atendida por los médicos de la Red, teniendo en cuenta las semanas que cada médico ha notificado. La cobertura en el año 2005 fue del 72,3 %.
- c) Continuidad en la notificación: en el año 2004 el 31,1 % de los médicos notificadores de la Red dejó de notificar más de 3 semanas seguidas, un 7,7 % menos que en el año 2004. Asimismo, dejaron de notificar entre 0 y 4 semanas (no seguidas) el 20,3 %, entre 5 y 12 semanas el 33,8 %, y más de 12 semanas el 45,9 %, porcentajes mejores que en el año 2004.

Cumplimentación de las variables: para la varicela, el sexo y el tipo de exposición se recogieron en todos los casos, y el resto de variables tuvo una cumplimentación superior al 98 %, salvo la fecha de nacimiento, con un 93,4 %. En el herpes zoster todas las variables fueron recogidas en la totalidad de los casos, salvo el sexo, que se recogió en el 97,6 % de ellos. En la gripe, la cumplimentación alcanzó el 100 %. En las crisis asmáticas, de los 956 episodios faltaba la fecha de inicio en el 2,3 %; de los casos en los que no era la primera crisis, faltaba el año de la primera crisis en el 7,6 %, y el número de crisis previas en el 1,9 %; en el 3,1 % no se cumplimentó si se había producido hospitalización.

RESULTADOS

VARICELA

Durante el año 2005 fueron notificados a la RMC de la CM 607 casos de varicela (Tabla 1), lo que supone una tasa cruda de incidencia de 830,5 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 764,7 – 896,3), y una tasa estandarizada por la población estándar europea de 587,1 casos por 100.000 (IC 95 %: 531,6 – 642,7) (Tabla 2). La incidencia ha sufrido una notable disminución con respecto a la registrada en los años anteriores (Gráfico 1).

TABLA 1. Número de casos de varicela notificados por la RMC de la CM. Años 2002 a 2005.

	Casos		
	Total	Hombres	Mujeres
2002	1.449	769	680
2003	1.059	548	511
2004	1.168	590	578
2005	607	339	268

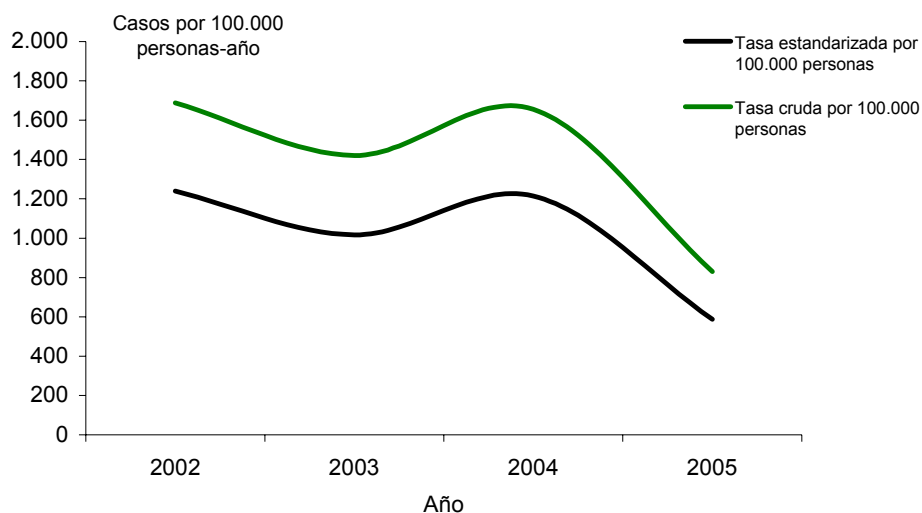
TABLA 2. Incidencia de varicela notificada por la RMC de la CM. Año 2005.

	Tasa cruda de incidencia (IC 95 %)ª	
Total	830,5	(764,7 - 896,3)
Hombres	960,2	(858,5 - 1062,0)
Mujeres	709,3	(624,7 - 793,9)
	Tasa de incidencia estandarizada (IC 95 %)ᵇ	
Total	587,1	(531,6 - 642,7)
Hombres	642,7	(559,0 - 726,3)
Mujeres	530,2	(456,8 - 603,6)

ª Tasa cruda de incidencia por 100.000

personas

ᵇ Tasa de incidencia estandarizada por la población estándar europea por 100.000 personas

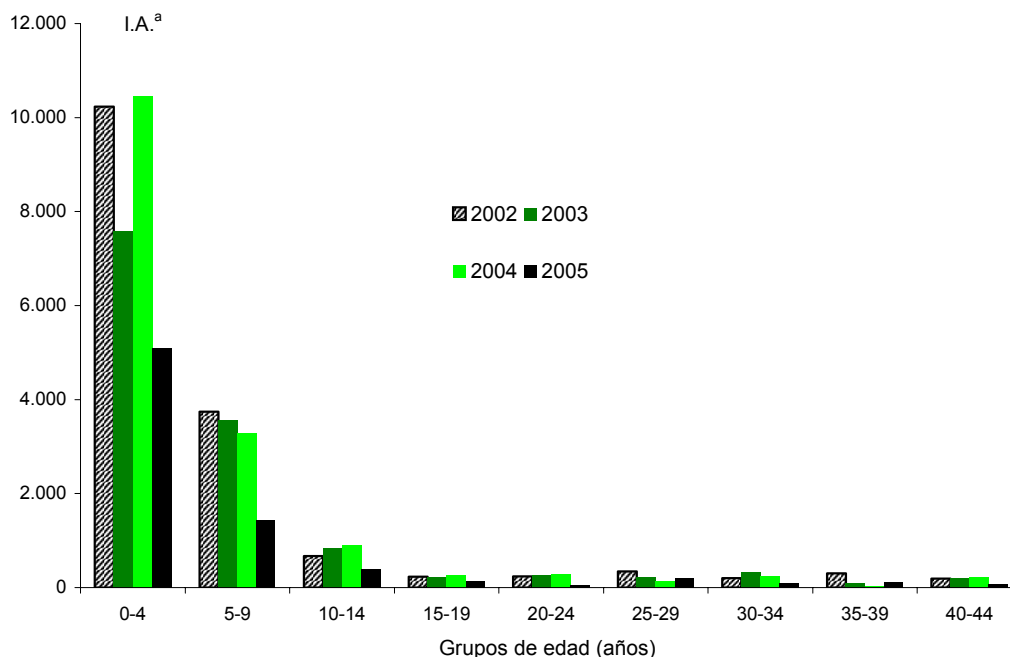
Gráfico 1. Incidencia de varicela notificada por la RMC de la CM. Tasas cruda y estandarizada. Años 2002 a 2005.

Entre los hombres se produjeron 339 casos (55,8 %), con una tasa cruda de 960,2 casos por 100.000 (IC 95 %: 858,5 – 1.602,0) y una tasa estandarizada de 642,7 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 559,0 – 726,3). En las mujeres se dieron 268 casos (44,2 %), lo que equivale a una tasa cruda de 709,3 casos por 100.000 (IC 95 %: 624,7 – 793,9) y a una tasa estandarizada de 530,2 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 456,8 – 603,6) (Tabla 2).

Las tasas específicas por grupo de edad más elevadas se observan en los grupos de menor edad, y van decreciendo al aumentar ésta (Gráfico 2). Sólo se notificó un caso en personas mayores de 45 años, concretamente en una mujer de 46. La tasa cruda de incidencia en menores de 15 años

fue de 2.097,9 casos por 100.000 (IC 95 %: 1919,9 – 2.275,8), y la tasa estandarizada fue de 2.433,7 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 2.227,6 – 2.639,9). En los mayores de 14 años las tasas cruda y estandarizada fueron de 67,2 (IC 95 %: 43,9 – 90,5) y 66,3 casos por 100.000 personas (IC 95 %: 48,2 – 84,3), respectivamente.

GRÁFICO 2. Incidencia anual de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2002 a 2005.

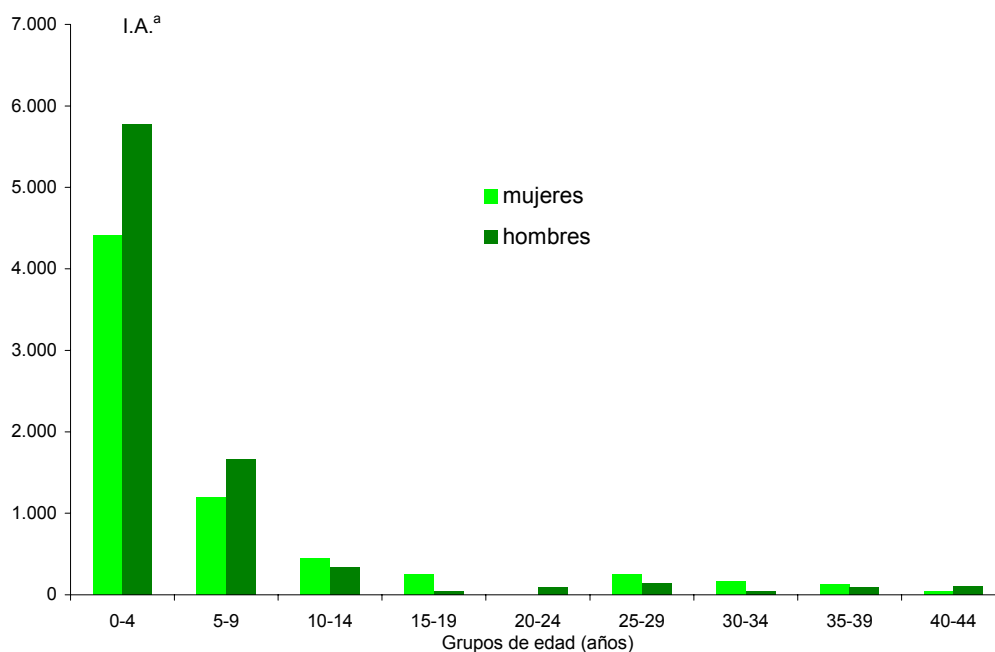


^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

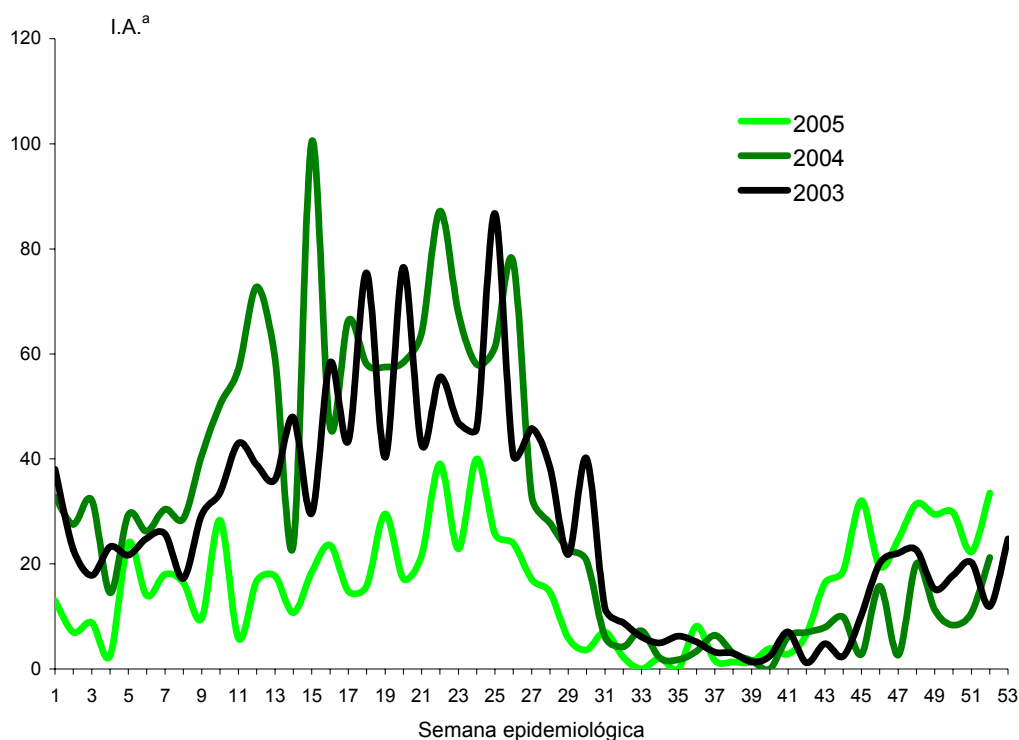
La incidencia en los grupos de menor edad es parecida, aunque más alta en los hombres, pero esta diferencia va desapareciendo en los grupos de mayor edad (Gráfico 3).

En el Gráfico 4 puede observarse la distribución semanal de la incidencia de varicela en el año 2005. Se mantiene el patrón estacional de los años anteriores, a pesar de la disminución de la incidencia.

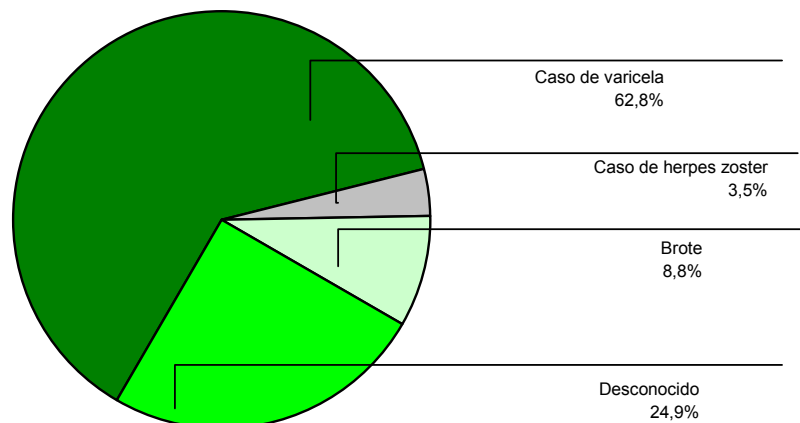
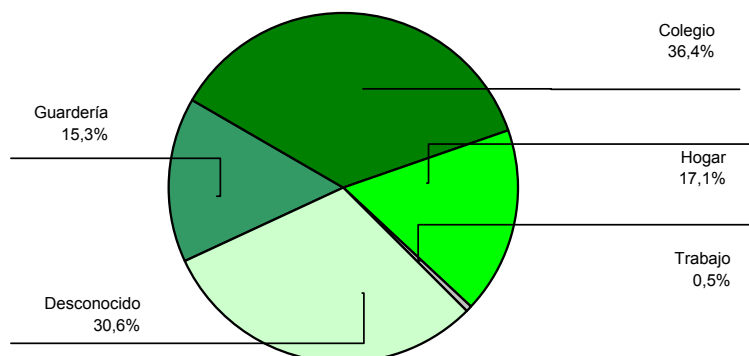
La principal fuente de infección fue la exposición a otro caso de varicela (62,8 %). El 8,8 % de los casos notificados aparecieron en el transcurso de un brote y el 3,5 % tuvieron relación con la exposición a un caso de herpes zoster. En el 24,9 % de los casos se desconocía la fuente de infección (Gráfico 5).

GRÁFICO 3. Incidencia anual de varicela por género y grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2005.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2003 a 2005.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 5. Tipo de exposición de los casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2005.**GRÁFICO 6. Lugar de exposición de los casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2005.**

El 51,7 % de los casos notificados tuvieron como lugar de exposición el colegio (36,4 %) o la guardería (15,3 %). Un 17,1 % se contagió en el hogar, y el 0,5 %, en ambiente laboral. Se desconocía el lugar de infección en el 30,6 % (Gráfico 6). Estos resultados no difieren sustancialmente de los de 2004.

En 30 de los casos de varicela notificados (4,9 %) se registró algún tipo de complicación. De ellas, la más frecuente fue la infección bacteriana cutánea, que se produjo en 23 pacientes. También se registraron 4 neumonías, 5 conjuntivitis, una complicación neurológica sin especificar, una celulitis y un caso con fiebre alta. 7 personas precisaron de asistencia especializada y no se registró ningún caso de pacientes con inmunodepresión.

HERPES ZOSTER

En el año 2005 fueron notificados 241 casos de herpes zoster por la Red de Médicos Centinela (Tabla 3). Esto se corresponde con una tasa de incidencia cruda de 329,7 (IC 95 %: 288,1 – 371,4) y una tasa estandarizada por la población estándar europea de 334,4 (IC 95 %: 292,5 – 376,3) casos por 100.000 personas (Tabla 4). La incidencia registró una estabilización con respecto a los años anteriores (Gráfico 7).

TABLA 3. Número de casos de herpes zoster notificados por la RMC de la CM. Años 2002 a 2005.

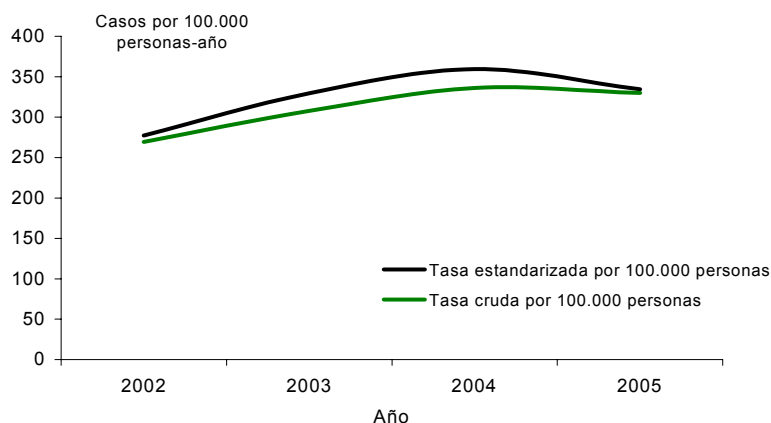
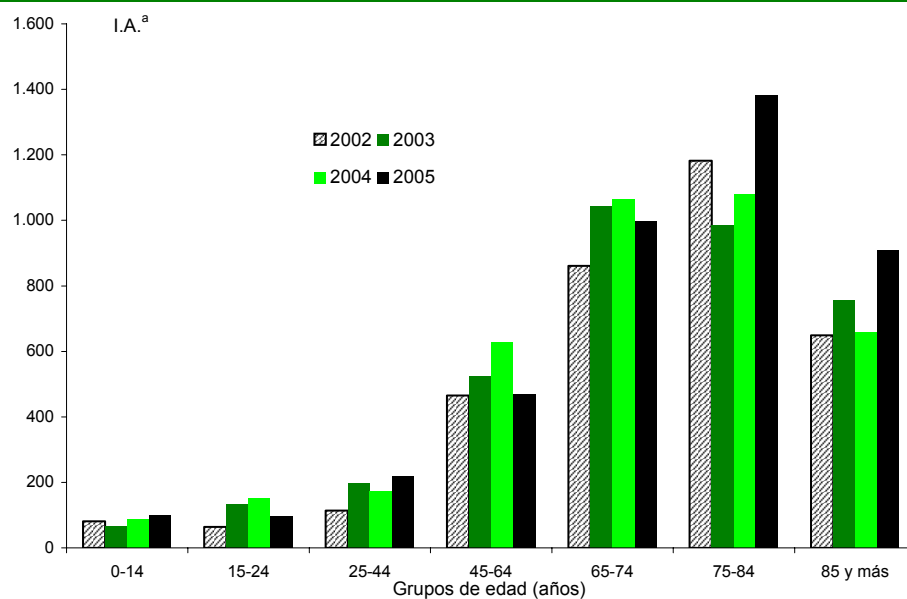
	Casos		
	Total	Hombres	Mujeres
2002	231	94	137
2003	230	91	139
2004	237	95	142
2005	241	105	136

TABLA 4. Incidencia de herpes zoster notificada por la RMC de la CM. Año 2005.

	Tasa cruda de incidencia (IC 95 %) ^a	
Total	329,7	(288,1 - 371,4)
Hombres	297,4	(230,3 - 341,9)
Mujeres	360,0	(294,6 - 414,7)
	Tasa de incidencia estandarizada (IC 95 %) ^b	
Total	334,4	(292,5 - 376,3)
Hombres	318,7	(259,8 - 377,6)
Mujeres	351,4	(291,7 - 411,2)

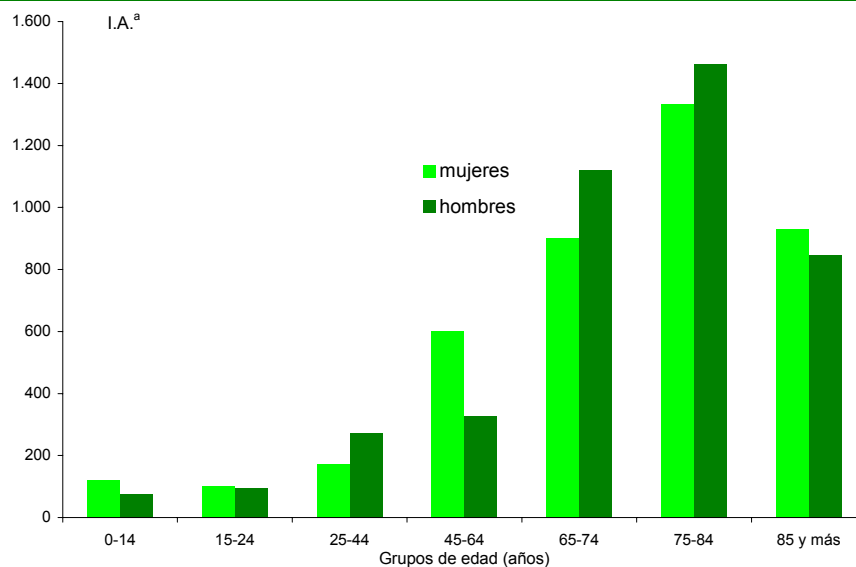
^a Tasa cruda de incidencia por 100.000 personas

^b Tasa de incidencia estandarizada por la población estándar europea por 100.000 personas

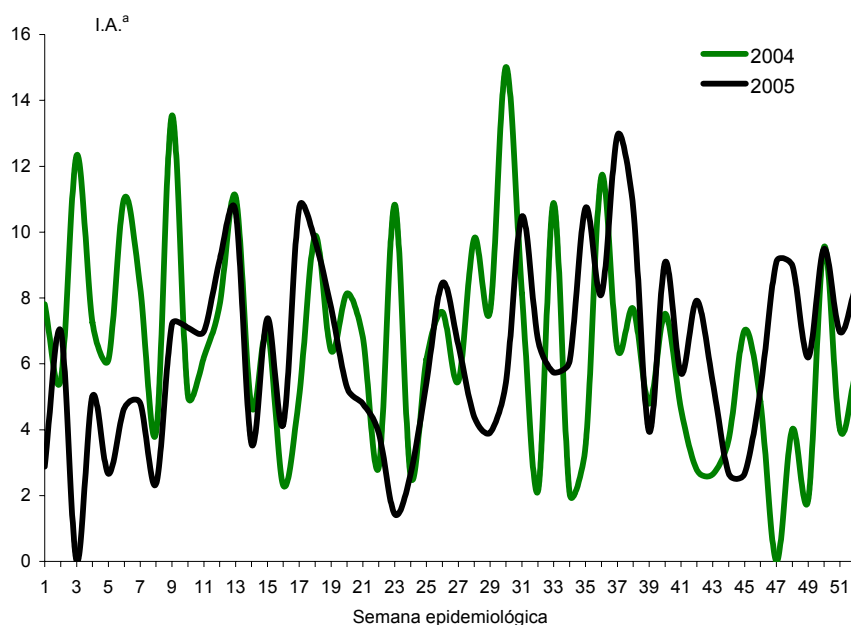
Gráfico 7. Incidencia de herpes zoster notificada por la RMC de la CM. Tasas cruda y estandarizada. Años 2002 a 2005.**GRÁFICO 8. Incidencia anual de herpes zoster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la CM. Años 2002 a 2005.**

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

De estos casos, 105 (43,6 %) se dieron en hombres, con unas tasas de incidencia cruda y estandarizada de 297,4 (IC 95 %: 230,3 – 341,6) y 318,7 (IC 95 %: 259,8 – 377,6) casos por 100.000 personas, respectivamente. Los otros 136 casos fueron en mujeres (56,4 %), con una tasa de incidencia cruda de 360,0 (IC 95 %: 294,6 – 414,7) y una tasa estandarizada de 351,4 (IC 95 %: 291,7 – 411,2) casos por 100.000 habitantes (Tabla 4).

GRÁFICO 9. Incidencia anual de herpes zoster por género y grupos de edad . Red de Médicos Centinela de la CM. Año 2005.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 10. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004 y 2005.

^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

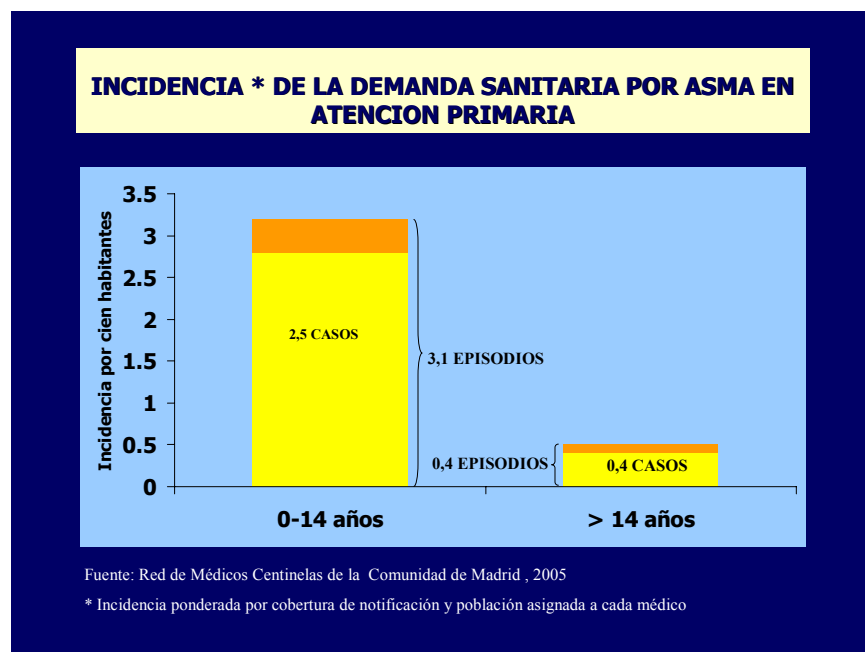
Como en años anteriores, la incidencia va aumentando en los grupos de mayor edad (Gráfico 8). En los hombres se hallaron incidencias más elevadas que en las mujeres en los grupos de edad de 45 a 64 y de 65 a 74 años (Gráfico 9).

En el Gráfico 10 se representa la incidencia acumulada semanal de casos de herpes zoster en los años 2004 y 2005, con un patrón oscilante entre 2 y 12 casos por 100.000 habitantes en ambos años.

CRISIS ASMÁTICAS

Durante el año 2005 se registraron un total 956 crisis de asma. La tasa de incidencia de episodios o crisis de asma, ponderada por cobertura de notificación y población asignada a cada médico, fue de 3,1 por cada 100 habitantes en los menores de 15 años, y de 0,4% en los mayores de 14 años (gráfico 11). La tasa de incidencia de casos o personas con alguna crisis de asma (una o más), fue del 2,5% en menores de 15 años y del 0,4% en población adulta. Del total de crisis, un 83,5% fueron el único episodio ocurrido, mientras que el 16,5% fueron crisis repetidas.

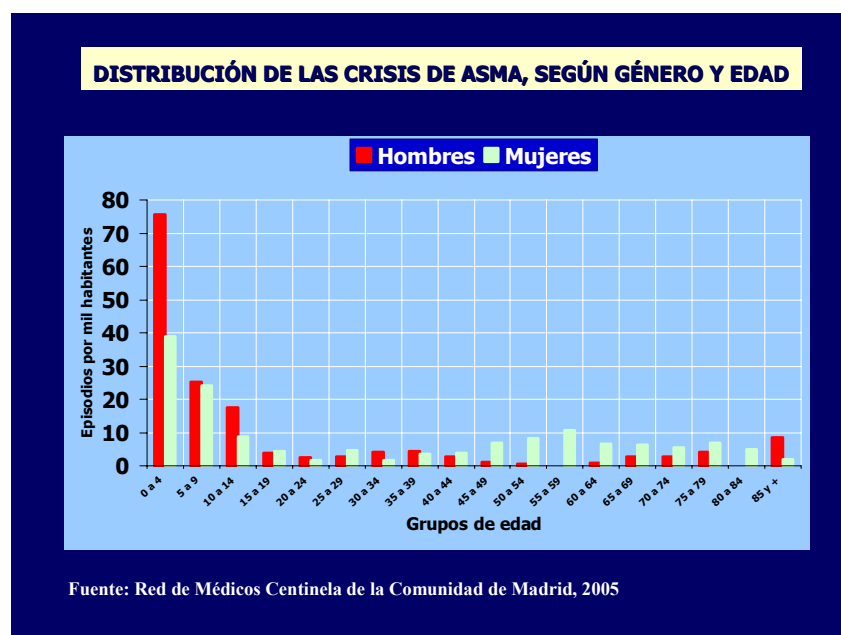
Gráfico 11



DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y EDAD

En el gráfico 12 podemos observar la distribución según género y edad. La mayor frecuencia se concentra en hombres y mujeres en la edad infantil, especialmente en los menores de 5 años. En la infancia y primera etapa de la adolescencia la incidencia es más frecuente en los chicos que en las chicas, mientras que desde el comienzo de la etapa adulta esta relación se invierte a favor de las mujeres.

Gráfico 12



TENDENCIA

El análisis del patrón temporal de la incidencia de episodios por médico declarante en estos 13 años de estudio, describe dos fases claramente diferenciadas, con un cambio de tendencia consistente (gráfico 13 y 14). En una primera fase se aprecia un incremento desde 1993 hasta el año 2000 donde se alcanza una estabilización, para descender posteriormente hasta la actualidad.

Gráfico 13

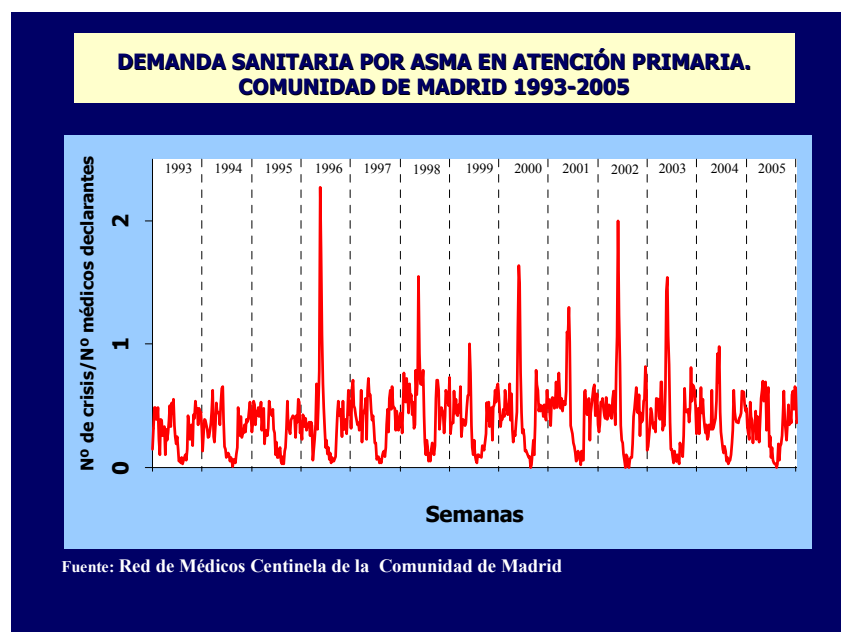
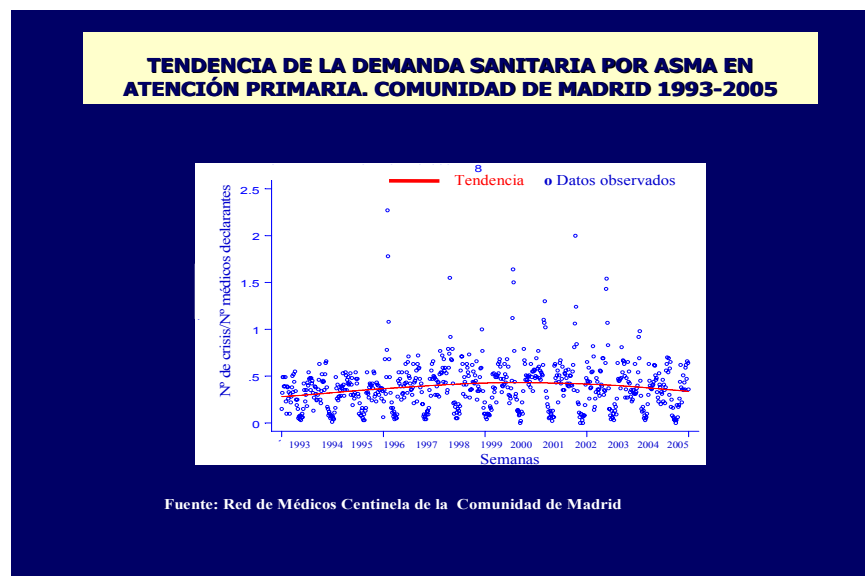


Gráfico 14



ESTACIONALIDAD

En el gráfico 15, con la descripción de casos por semana epidemiológica, se puede apreciar la distribución estacional. No se aprecia como en años anteriores un pico de gran magnitud durante el mes de mayo, dado que como apreciamos en el gráfico 16, la concentración ambiental de polen de gramíneas durante el 2005 ha sido extraordinariamente baja, alcanzando los menores niveles desde 1994. Durante los meses de verano el número de casos disminuye drásticamente para incrementarse en septiembre y en los meses de invierno, en gran parte asociados a infecciones respiratorias que actúan como desencadenantes de las crisis en los individuos susceptibles.

Gráfico 15

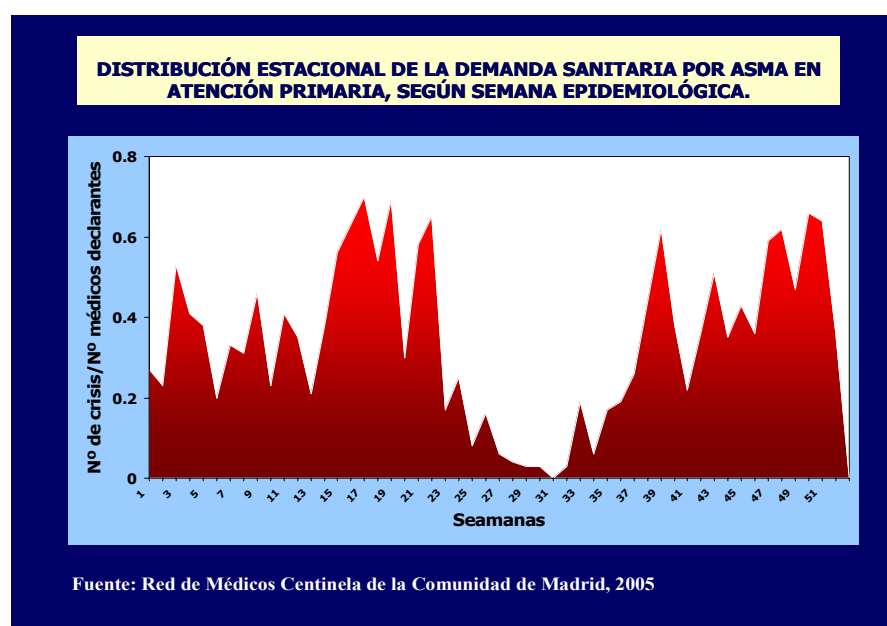
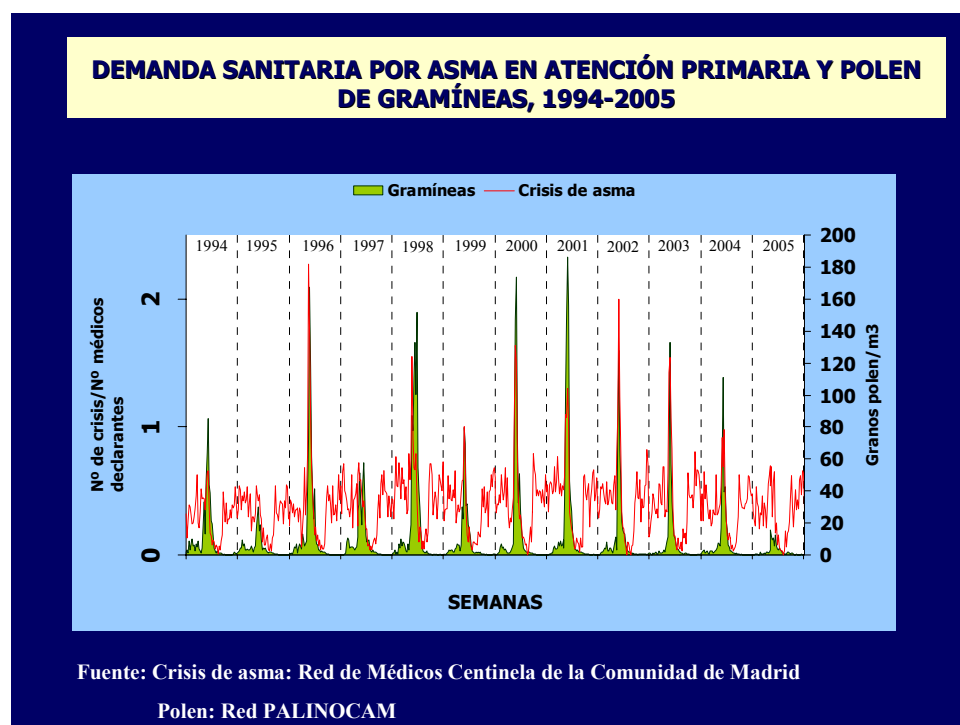


Gráfico 16

**SOLICITUD DE DEMANDA URGENTE**

Globalmente, en el 38,0% de las crisis de asma se solicitó algún tipo de demanda de atención urgente, y en un 13,7% de los episodios se acudió a urgencias hospitalarias.

HISTORIA ANTERIOR DE ASMA

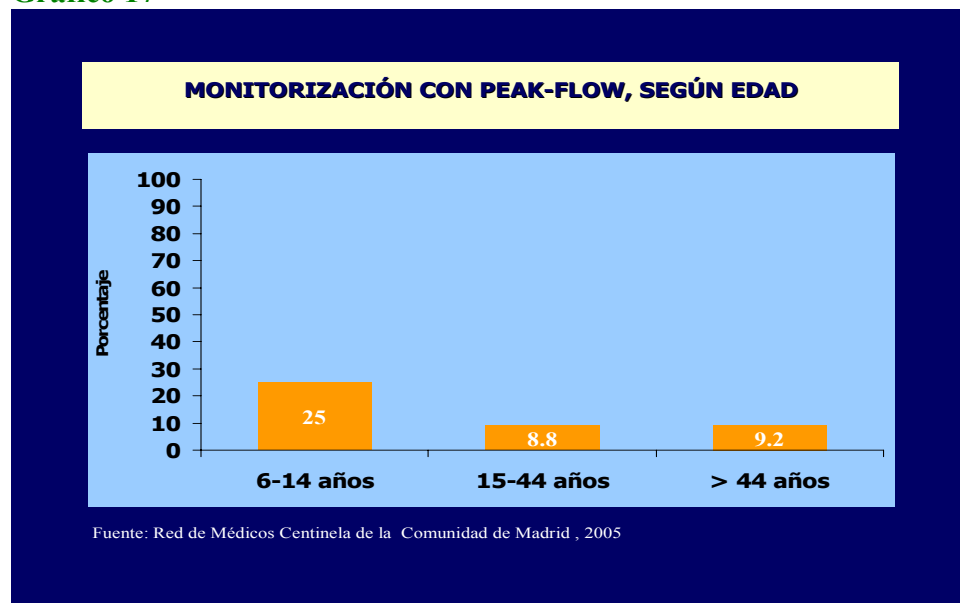
En el 81,4% y 81,0% de los casos en los menores de 15 años y en los mayores de 14 años, existe historia previa de asma. En el resto, es la primera crisis.

La mediana del número de crisis asmáticas ocurridas durante el último año fue de 2. Un 11,9% no tuvieron ninguna crisis, y un 21,9% desarrolló una, mientras que el 10,2% tuvieron 5 o más crisis a lo largo del año. El 13,5% de los individuos con historia anterior de asma fueron hospitalizados durante el último año.

MONITORIZACIÓN CON PEAK-FLOW

El 25,0% de los niños de 6 a 14 años con patología previa de asma están monitorizados con peak-flow. Este porcentaje fue del 8,8% en el grupo de 15 a 44 años y del 9,2% en los mayores de 44 (gráfico 17). El 36,8% de los asmáticos con 5 o más crisis durante el último año están monitorizados con peak-flow.

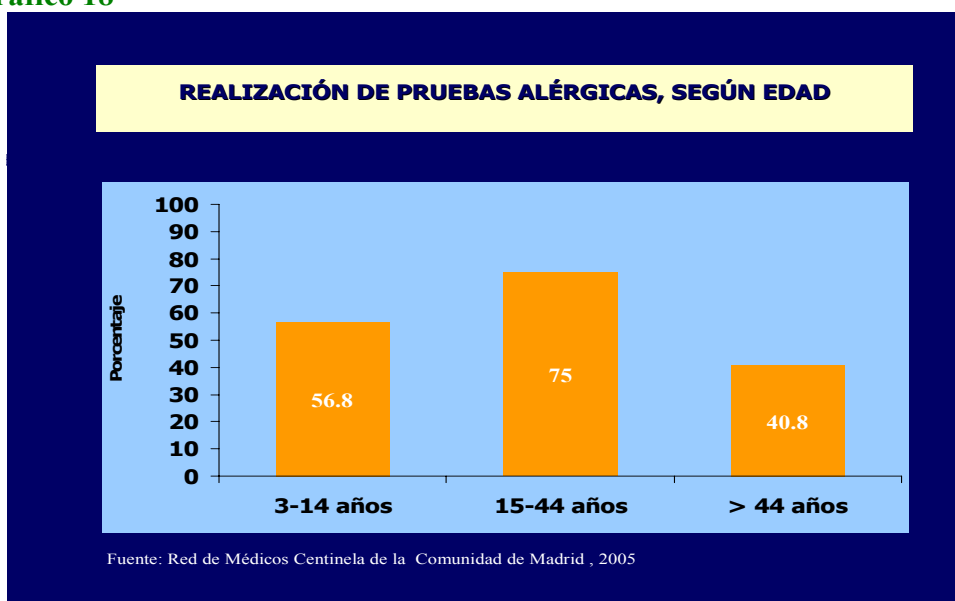
Gráfico 17



REALIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS

Por último, el 56,9% del total de personas mayores de 2 años con historia previa de asma, tienen realizadas pruebas alérgicas, principalmente las personas entre 15 y 44 años (gráfico 18).

Gráfico 18



TEMPORADA DE GRIPE 2005/2006

La RMC de la Comunidad de Madrid vigila de gripe desde 1991, año en que se puso en marcha el sistema. Del conjunto de médicos de Atención Primaria que forman la Red, 30 participan en la Vigilancia Epidemiológica de la Gripe, 24 de medicina general y 6 pediatras. En total prestan atención a 44.920 personas y se distribuyen territorialmente por toda la Comunidad de Madrid.

La vigilancia de la gripe a través de la RMC pretende alcanzar cada temporada los siguientes objetivos:

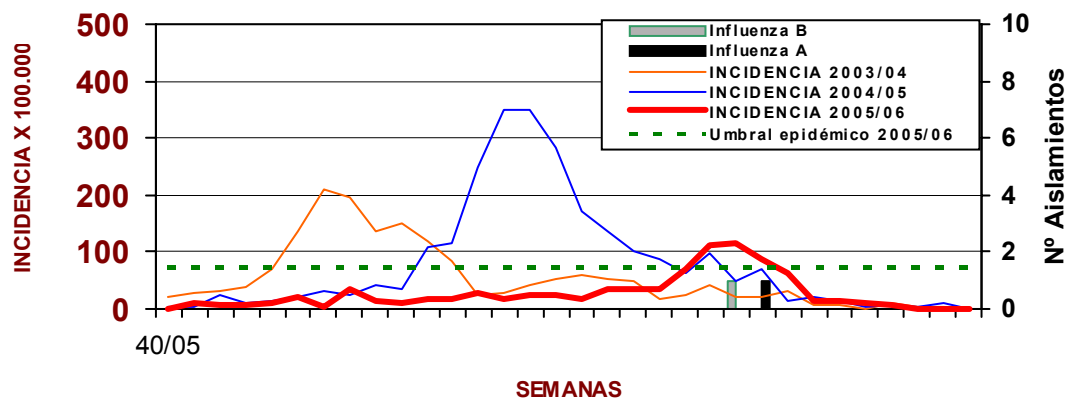
- Estimar la incidencia semanal de gripe, detectar precozmente la epidemia y describir las características de los casos: edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés.
- Caracterizar los virus circulantes. El laboratorio de virología responsable de los aislamientos es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III.
- Participar en el intercambio de esta información a nivel nacional y europeo. Los datos se remiten semanalmente al Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III y junto con los procedentes del resto de redes centinela del Estado se integran en el Grupo Europeo de Vigilancia de la Gripe (EISS).

Para lograr estos objetivos la participación de los médicos se concreta en la comunicación semanal de los casos nuevos de gripe que atienden en la consulta informando sobre un conjunto de variables básicas y en el envío de frotis faríngeos para el aislamiento del virus.

1.- MAGNITUD DE LA EPIDEMIA

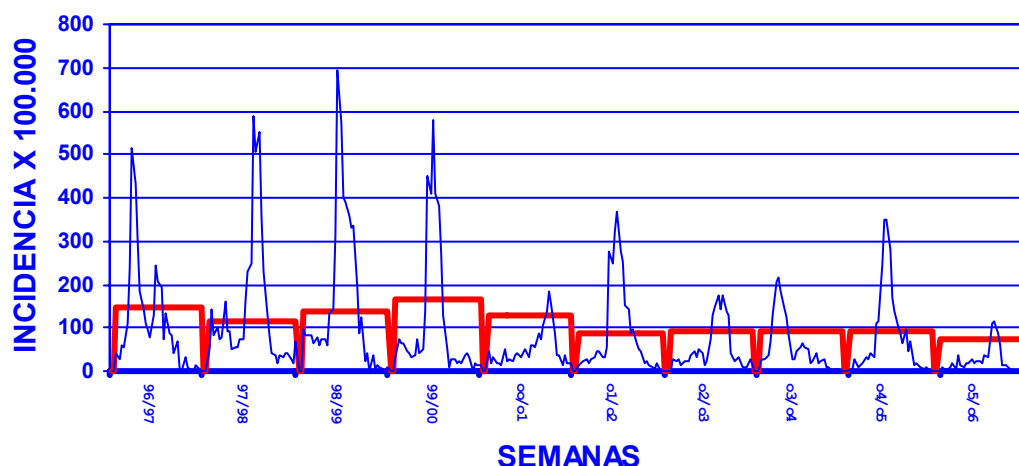
Con los datos procedentes de este sistema de información se detectó actividad epidémica durante 3 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima de la basal, entre la 9 y 11 de 2006. La incidencia máxima se registró en la semana 10 (115,1 casos por 100.000) (gráfico 19). Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido bajos, los menores de la serie analizada (gráfico 20).

Gráfico 19.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y aislamientos virales. Comunidad de Madrid. Temporada 2005/06.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Gráfico 20.- Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la Red de Médicos Centinela y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1994/95 a 2005/06.



- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Los casos notificados durante la temporada han sido 271, con una frecuencia de presentación mayor en el sexo masculino, 159 casos (58,9%) se declararon en hombres frente a 111 (41,1%) en mujeres. El grupo de edad con mayor número de casos es el infantil, el 42,5% de los casos han aparecido en niños y ha sido bajo el porcentaje de casos en las edades más avanzadas; el sexo y/o la edad se desconoce en 3 casos. La comparación por grupos de edad mejora con la valoración en términos relativos, comparando la proporción de casos registrados con la proporción de población madrileña en los mismos grupos de edad, durante esta temporada los pocos casos que han aparecido se han concentrado en los menores de 14 años (tabla 5).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 91,8%, tos en el 89,7%, escalofríos en el 83,4%, fiebre en el 96,7%, debilidad y postración en el 89,7%, mialgias y dolores generalizados en el 89,7%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes, en el 84,5% y contacto conocido con enfermo de gripe en el 18,6%.

Tabla 5.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2005/06.

	Grupos de edad					Total
	0-14	15-24	25-44	45-59	>59	
Sexo						
Hombres	77	21	39	15	5	157
Mujeres	37	9	47	8	10	111
% Casos	42,5%	11,2%	32,1%	8,6%	5,6%	100%
%Población*	14,5%	12,0%	36,0%	18,5%	18,9%	100%

• En 3 casos se desconoce la edad y/o el sexo

• Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología y padrón continuo 2005.

En 23 casos (8,5%) se conoce la existencia de patologías previas, de ellos 3 (13,0%) presentaban más de un proceso. Respecto al tipo de patología que presentaban, de forma aislada o asociada a otra, los procesos registrados han sido: enfermedad del aparato respiratorio presentaron 7 casos (26,9%), del aparato circulatorio 6 casos (23,1%), metabólica 3 casos (11,5%), y otros procesos, que ha sido el apartado más frecuente, 10 casos (38,5%).

En 15 casos (5,5%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada. El mes de vacunación ha sido en la mayoría octubre (9 casos) y el resto se reparten entre septiembre y enero. Este año ha sido el primero en que la vacunación antigripal se ha ampliado de forma que, por criterio de edad se ha recomendado la vacuna a las personas de 60 y más años.

Al analizar la distribución de los casos según estado vacunal y presencia de patologías previas, el porcentaje de casos con patologías previas que no habían sido vacunados ha sido alto, ha alcanzado al 86,4% de los casos, correspondiendo en su mayoría a los grupos de edad más jóvenes (tabla 6).

Tabla 6.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad, patología previa y estado vacunal. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2005/06.

	Grupos de edad					TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-59	>59	
Con patología previa	1 (25,0%)	0 (- %)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	3
Vacunación SI	3 (75,0%)	0 (- %)	9 (100%)	4	3 (60,0%)	(13,6%)
Vacunación NO	4	0 (- %)	9	(100%)	5	19
Total	(100%)		(100%)	4	(100%)	(86,4%)
				(100%)		22
						(100%)
Sin patología previa	6	0	3 (3,9%)	0 (0,0%)	3 (30,0%)	12
Vacunación SI	(5,4%)	(0,0%)	74	19	7 (70,0%)	(4,9%)
Vacunación NO	104	30	(96,1%)	(100%)	10	234
Total	(94,6%)	(100%)	77	19	(100%)	(95,1%)
	110	30	(100%)	(100%)		246
	(100%)	(100%)				(100%)
Vacunación SI	7	0	3 (3,5%)	0	5 (33,3%)	15
	(6,1%)	(0,0%)	83	(0,0%)	10	(5,6%)
Vacunación NO	107	30	(96,5%)	23	(66,6%)	253
Total	(93,8%)	(100%)	86	(100%)	15	(94,4%)
	114	30	(100%)	23	(100%)	268
	(100%)	(100%)		(100%)		(100%)

- En 3 casos se desconoce la edad, el estado vacunal y/o la presencia de patologías previas
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología y padrón continuo 2004.

Del conjunto, el 7,0%, 19 casos tuvieron un presentación con mayor trascendencia clínica, es decir, presentaron con alguna complicación y/o requirieron la derivación a la Atención Especializada o al Hospital. Respecto a las complicaciones, durante la temporada, se ha detectado 1 caso complicado con neumonía que era mayor de 59 años, y en otros 17 se ha detectado otras complicaciones, la mayoría han sido cuadros de gastroenteritis (11 casos). En 3 casos se ha registrado la derivación a la Atención Especializada o al Hospital, fueron 1 hombre y 2 mujeres, en 2 de los tres se registró una complicación uno de ellos presentó neumonía, otro un cuadro de gastroenteritis (tabla 7).

Tabla 7.- Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y complicaciones y/o derivación al Hospital o a Atención Especializada. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2005/06.

	Grupos de edad					TOTAL
	0-14	15-24	25-44	45-59	>59	
Neumonía	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (- %)	1 (50,0%)	1 (5,3%)
Otras complicaciones	14 (100%)	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (- %)	1 (50,0%)	17 (89,5%)
Derivación especializada/hospital	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (- %)	0 (0,0%)	1 (5,3%)
Total	14 (100%)	1 (100%)	2 (100%)	0 (- %)	2 (100%)	19 (100%)

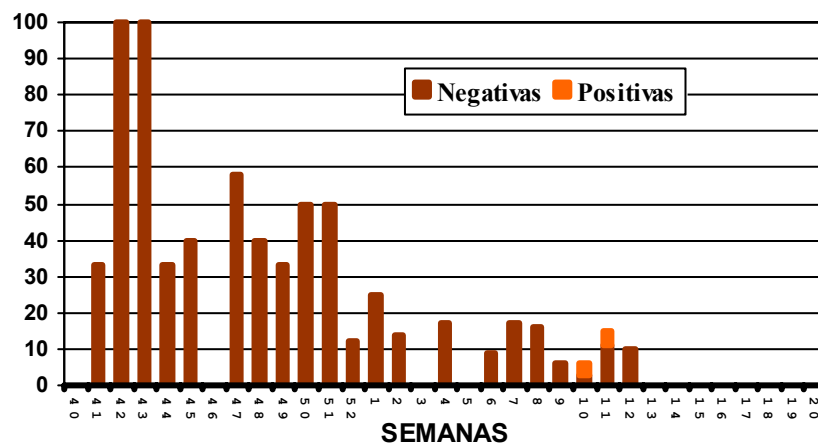
- Un caso >64 que requirió derivación a Atención Especializada/Hospital presentó neumonía, en la tabla se ha clasificado únicamente en esta categoría.
- Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología y padrón continuo 2004.

3.- VIRUS IDENTIFICADOS

En 43 de los casos notificados (15,9%) se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo, para el aislamiento de virus influenza. El porcentaje semanal de casos en los que se ha remitido muestra al laboratorio ha sido variable a lo largo de la temporada, con valores del 100% en las semanas 42 y 43. En 21 semanas, de las 33 en las que se mantiene la vigilancia de la gripe, se ha remitido al menos una muestra al laboratorio (gráfico 21).

De las muestras enviadas, 2 han sido positivas (4,6%), ambas corresponden a las semanas en las que se ha registrado actividad epidémica, uno en la semana 10 y otro en la 11. El primero ha sido de influenza tipo B y el segundo de influenza tipo AH3N2 (gráfico 19).

Gráfico 21.- Distribución semanal del porcentaje de casos de gripe notificados a la Red de Médicos Centinela en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio, según resultado obtenido. Comunidad de Madrid. Temporada 2005/06.



- Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

Dada la escasa actividad detectada esta temporada, con únicamente 2 aislamientos virales, los resultados de la caracterización genética de los virus circulantes en la Comunidad de Madrid se puede asimilar a los obtenidos en el conjunto del Estado para los tipos antigénicos identificados, donde los virus AH3N2 han mostrado su similitud a A/Wisconsin/67/05, variante distinguible antigénicamente de la cepa A/California/7/2004, cepa incluida en la vacuna para el Hemisferio Norte en la temporada 2005/06 y los virus influenza B aislados mayoritariamente han sido análogos a B/Malaysia/2506/04, cepa que pertenece al linaje de B/Victoria/2/87 variante distinguible antigénicamente del virus B (linaje B/Yamagata/16/88) incluido en la vacuna recomendada para el Hemisferio Norte en la temporada.

ANEXO I: NOTIFICADORES DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELA. AÑO 2005

M^a Candela Agis Brusco, Tomás Alonso del Olmo, Luis Alfonso Alonso García, M^a Concepción Amieva Martín, Gerardo Antón Martín, Carlos Ignacio Aparicio Hernando, Celina Arana Cañedo-Argüelles, Ramón Ayuso Castillo, Mercedes Barredo del Olmo, Nora Bejarano Estébanez, Rosa Bernal Gómez, Dionisio Cabezón Sáez, Miguel Ángel Calderín Marrero, Rafael Casquero Ruiz, M^a Ángeles Cava Rosado, Gabriel del Pozo Sosa, Ángel Luis Díaz Sanz, M^a Jesús Esparza Olcina, Teresa Fernández Zoco, M^a Pilar Fiol Bayona, Mercedes Francisco Estaire, Juan García Pérez, M^a Luisa García Ruiz, Jesús Gil de Gracia, M^a Luisa Gómez Rábago, M^a Consuelo Gómez Tabera, Amelia González Gamarra, Pedro Antonio González Onandía, Mercedes Gutiérrez Peñalver, Ángel Hernández Merino, Paloma Hernando Helguero, Guillermo Imedio Duperier, Piedad Lantada Ruiz de Castañeda, Silvia López Chamón, Yolanda Felisa López Rubio, Ángela Lorenzo Lobato, Ramón Martín Saldaña, Jesús Martínez de Dios, M^a José Martínez Débora, M^a José Martínez Hernández, M^a Teresa Martínez Ruiz, Francisca Menchero Pinos, José Luis Mora Durán, Sonia Morales Vásquez, Antonio Moya Bernal, Armando Nevado Loro, M^a Luisa Olmeda Moreno, Inmaculada Olmedo Díaz, Carmen Ortiz Lozano, Carlos Antonio Ortuondo Peña, Rafael Peiró Aranda, Andrea Pozo Rodríguez, Carlos Quiroga Fernández, Pilar Rabasa Canto, Ana Ramírez Crespo, Carlos Ribot Catala, M^a Luz Ruiz Arbaizar, Alicia Sánchez Fernández, Carmen Concepción Sánchez Hernández, Manuel Sánchez López, Julio Sánchez Salvador, Edmundo Vidal Santiváñez Ricse, M^a Isabel Santos Marote, Lourdes Seijas Martínez-Echevarría, Trinidad Soriano Llorca, M^a Dolores Tolmo Santos, Isabel Torres Sánchez, M^a José Tuset Castellano, Manuela Uña Gutiérrez, Isabel Vaquero Turiño, Isabel Vázquez Burgos, Luis Alberto Vázquez López, Miguel Ángel Villanueva Cristóbal, Antonio Viñas Cebrián.

ANEXO II: DEFINICIONES DE CASO**VARICELA**

Enfermedad aguda generalizada de comienzo repentino con fiebre moderada y con exantema vesiculoso que evoluciona en brotes y cuyas lesiones evolucionan rápidamente de pápulas superficiales a vesículas y eventualmente a costras.

HERPES ZOSTER

Erupción vesicular generalmente unilateral con distribución dermatomérica.

GRIPE

Se considera caso de gripe a la persona que reúna una de las siguientes características clínico-epidemiológicas:

a) Epidemia de gripe más cuatro de los criterios de b)

b) Seis de los siguientes criterios:

1.- Aparición súbita (menos de 12 horas)

2.- Tos

3.- Escalofríos

4.- Fiebre

5.- Debilidad y postración

6.- Mialgias y dolores generalizados

7.- Mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes

8.- Contacto con enfermo de gripe

CRISIS ASMÁTICA

Episodios recurrentes de obstrucción bronquial con uno de los siguientes criterios:

- a) Pruebas de función pulmonar que muestran obstrucción variable aliviada con broncodilatadores.
 - b) Dos de los tres síntomas siguientes: sibilancias, tos seca o espiración prolongada.
- Se excluyen Bronquiolitis y Enfisemas.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2006, semanas 27 a 30
(del 2 al 29 de julio de 2006)**

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

VARICELA

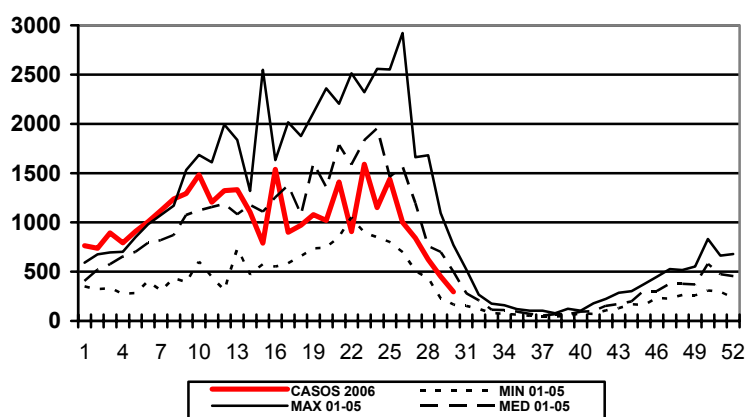
Hasta la semana 30 del año 2006 se han notificado 31.225 casos de varicela, lo que supone una incidencia acumulada (IA) de 523,55 por 100.000 habitantes. Durante el mismo periodo del año 2005 se produjeron 16.041 casos de varicela (IA = 268,96 casos por 100.000 habitantes).

En el gráfico 1 se muestra la evolución de los casos de varicela hasta la semana 30 en relación al mínimo, el máximo y la mediana del quinquenio anterior.

En el año 2006, durante las primeras 8 semanas el número de casos de varicela es superior al máximo de los 5 años anteriores. De la semana 9 a 13, superior a la mediana del quinquenio anterior y a partir de la semana 14, mayor que el mínimo de los 5 años previos.

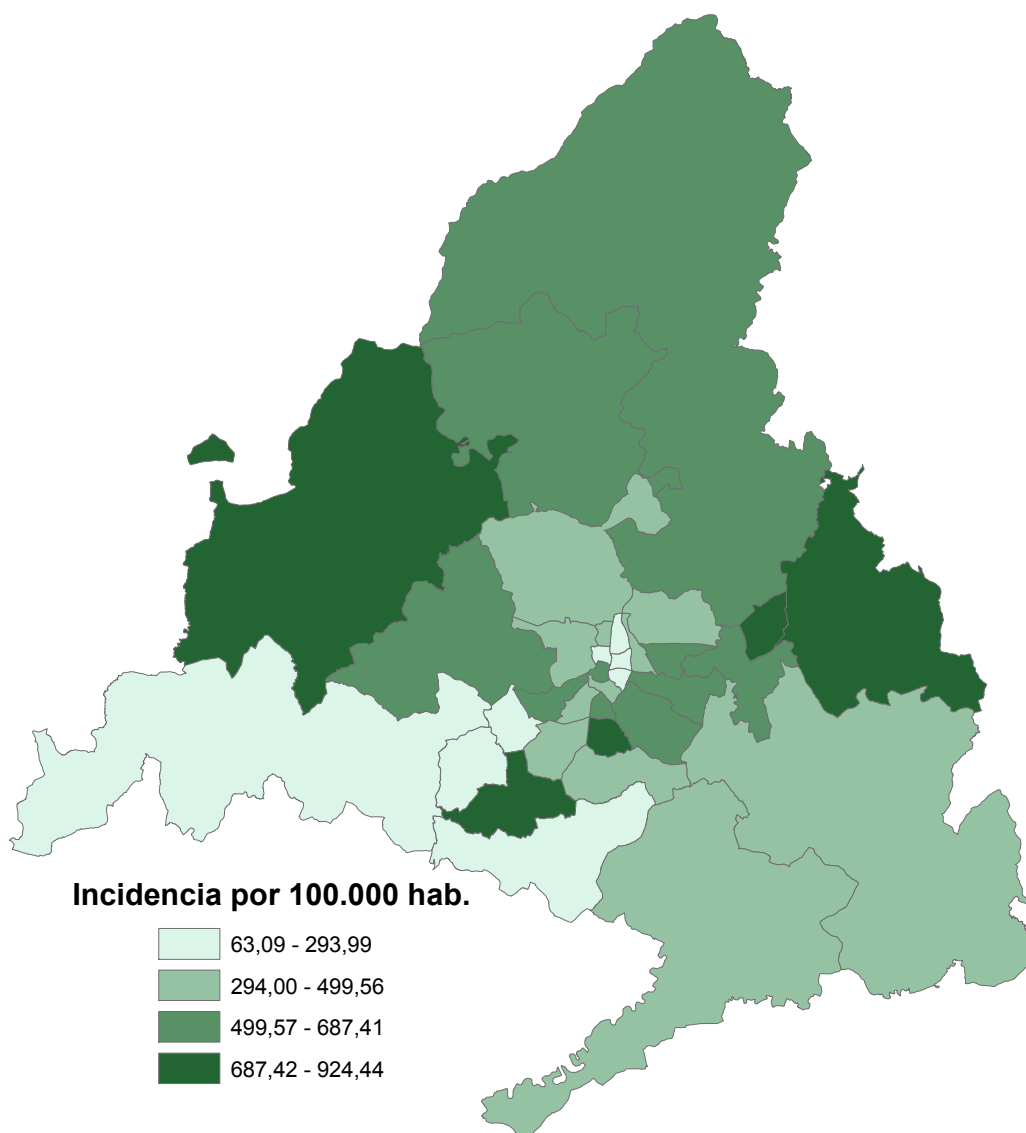
Como en los años precedentes, el número de casos de varicela va aumentando desde la semana 1, a lo largo del invierno y la primavera, alcanzando el máximo en la semana 23 (principios de junio). Luego desciende de forma similar a lo observado en años anteriores.

Gráfico 1. Nº de casos de varicela semana 1 a 30 del año 2006, Comunidad de Madrid. Canal endemo-epidémico.



En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por distritos sanitarios en el periodo estudiado. La mayor incidencia se observa en el distrito de Collado Villalba (924,44 casos por 100.000 habitantes), seguida del distrito de Alcalá de Henares (824,39) y del distrito de Torrejón de Ardoz (758,11 casos por 100.000 habitantes).

Mapa 1.- VARICELA. Incidencia acumulada de la semana 1 a la 30 del año 2006 por distritos sanitarios. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2006, semanas 14 a 17 (del 2 al 29 de abril de 2006)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 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.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	0	8	0	2	1	3	2	7	0	4	0	11	0	8	0	6	0	5	0	6	0	3	3	63	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Meningitis bacterianas, otras	2	5	1	3	0	7	1	5	0	4	1	7	0	5	0	7	1	10	0	1	2	9	8	63	
Meningitis víricas	4	24	3	28	4	50	2	17	3	25	9	59	4	16	4	76	6	53	4	12	8	62	51	422	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	0	2	0	7	0	0	0	2	2	8	0	6	1	12	0	5	2	6	1	1	5	25	11	74	
Hepatitis B	2	3	1	6	1	4	0	1	0	6	0	5	0	8	1	7	0	2	0	2	5	33	10	77	
Hepatitis víricas, otras	2	2	2	2	0	6	0	1	0	7	2	12	0	3	1	3	2	11	0	2	2	17	11	66	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disenteria	0	0	0	1	0	1	0	4	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	9	2	18	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	3	1	10	
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	11	2739	12	5089	1	2215	3	2926	24	6570	10	5324	106	7399	0	4643	1	2030	0	1102	23	5731	191	45768	
Legionelosis	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2	2	5	2	2	1	3	0	2	0	1	2	3	9	22	
Varicela	297	3942	198	2258	62	2742	144	2637	333	3706	354	4459	165	3152	0	708	288	2371	89	981	284	4269	2214	31225	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	0	1	8	0	0	0	5	2	14	2	10	2	19	1	1	1	2	3	7	4	17	16	83	
Sífilis	0	1	1	10	1	1	0	11	3	19	0	4	4	21	0	2	3	19	0	2	5	38	17	128	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	6	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	0	2	0	3	1	4	0	0	0	0	1	16	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	8	21	22	90	4	46	3	34	18	136	11	86	2	27	1	47	7	46	2	11	4	44	82	588	
Parotiditis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Poliomielitis	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0	1	1	5	1	15	
Rubéola	1	9	1	9	0	6	0	7	0	12	0	29	0	16	0	6	0	10	0	21	2	48	4	173	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos	0	1	0	2	6	20	0	4	3	5	0	3	0	0	0	2	0	3	0	2	4	6	13	49	
Tos ferina	8	21	22	90	4	46	3	34	18	136	11	86	2	27	1	47	7	46	2	11	4	44	82	588	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	0	0	1	0	5	0	1	0	0	1	1	0	5	0	3	2	13	0	1	3	14	6	44	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enf notificad sist especiales																									
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	1	3	0	2	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	2	2	4	10	
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	
P.F.A. (< 15 años)	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	7	
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Poblaciones **	738.481		443.547		341.411		573.659		727.112		621.395		554.492		460.826		395.016		311.468		796.736		5.964.143		
Cobertura de Médicos	81,05 %		75,19%		70,47 %		46,97 %		65,55%		70,45%		63,18 %		00,00 %		80,98%		54,10 %		43,67 %		57,86 %		

* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. ** Según Padrón continuo del año 2004 *** En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar a ningún área concreta.



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 27 a 30 (del 2 al 29 de julio de 2006)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos ocurridos en el periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Han ocurrido **11 brotes de origen alimentario** entre las semanas 27 y 30 del año 2006, repartidos entre los colectivos de restauración (bares y restaurantes) y los domicilios particulares. En uno de estos brotes los alimentos sospechosos (dos pollos asados) habían sido adquiridos ya elaborados en un establecimiento, aunque el consumo en el domicilio fue 24 horas después de la adquisición. Los cuatro ingresos hospitalarios que se han producido entre los casos asociados a brotes alimentarios notificados en este periodo de tiempo han correspondido a cuadros de gastroenteritis por *Salmonella*, y todos ellos han ocurrido en el ámbito familiar.

Brotes de origen alimentario. Año 2006. Semanas 27-30

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Madrid (Retiro)	Restaurante	4	4	Desconocido	Toxina estafilocócica*
2	Madrid (Salamanca)	Bar cafetería	5	5	Ensaladilla rusa	<i>Salmonella sp</i> *
3	Torrejón de Ardoz	Familiar	2	2	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>
6	Boadilla del Monte	Restaurante	90	17	Spaghetti boloñesa	<i>S. enteritidis</i>
7	Madrid (Centro)	Bar	4	4	Ensalada mariscos	Desconocido
7	Madrid (Chamberí)	Restaurante	2	2	Desconocido	Toxina/Virus*
8	Alcorcón	Familiar (Picnic)	3	3	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	4	3	Huevo/Pastel nata	<i>S. enterica / cholerasuis</i>
9	Fuenlabrada	Mixto	4	4	Pollo asado	Desconocido
9	Leganés	Restaurante	2	2	Spaghetti con carne	<i>Salmonella sp</i>
10	Serranillos del Valle	Familiar	2	2	Tortilla	<i>Salmonella sp</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

Se han notificado **4 brotes de origen no alimentario** en este mismo periodo. El brote de mayor magnitud ha tenido lugar en una residencia de personas mayores de un municipio del Área 8. Al menos 47 ancianos y 6 trabajadores del centro presentaron un cuadro autolimitado de diarrea y/o vómitos, sin fiebre ni complicaciones. En muestras de heces de tres de los ancianos enfermos se identificó Norovirus como agente casual, y el mecanismo de transmisión más probable fue vía fecal-oral. Los otros brotes ocurridos en este periodo fueron causados por el virus de la parotiditis y por el virus de la hepatitis A. Ninguno de ellos cursó con ingresos hospitalarios.

Brotos de origen no alimentario. Año 2006. Semanas 27-30

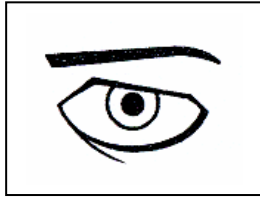
Area	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Parotiditis	Madrid (Vallecas)	Poblado marginal	2	2	Virus parotiditis*
4	Parotiditis	Madrid (Ciudad Lineal)	Laboral	20	3	Virus parotiditis*
8	GEA	Colmenar de Arroyo	Residencia PPM	160	53	Norovirus
11	Hepatitis A	Aranjuez	Familiar	3	2	Virus hepatitis A

*Agente causal no confirmado por laboratorio Exp=Expuestos; Enf= Enfermos; GEA= Gastroenteritis aguda

Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 30 de 2006 se han notificado 146 brotes, 2680 casos asociados y 95 ingresos hospitalarios. Los brotes de origen alimentario suponen hasta ahora el 52,7% de todos los brotes, el 39,4% de los casos y el 60% de los hospitalizados. Los establecimientos de restauración son los lugares con mayor número de brotes (44,2% de los brotes relacionados con alimentos), seguidos de los brotes de ámbito familiar (36,4%), aunque los centros escolares ocupan el primer lugar por número de casos (36,6%) junto con los brotes en restaurantes (36,1% de los casos). La confirmación por laboratorio del agente causal se ha conseguido hasta ahora en el 51,9% (40 brotes) de los brotes alimentarios, mientras que el alimento directamente implicado en la transmisión de la enfermedad sólo ha podido ser confirmado (por el análisis epidemiológico y/o pruebas de laboratorio) en el 16,9% (13 brotes). *Salmonella* es el microorganismo identificado en todos los brotes confirmados, y los alimentos confirmados más frecuentemente son los elaborados con huevo (5 brotes). Entre los brotes de origen no alimentario, las gastroenteritis agudas siguen siendo los más frecuentes, llegando a ser el 24,7% de todos los brotes notificados en la Comunidad de Madrid, el 51,9% de los casos asociados y el 14,7% de todas las hospitalizaciones. Del resto de brotes no alimentarios destacan los de parotiditis (16 brotes y 156 casos, aunque ningún ingreso hospitalario) y los de meningitis víricas (8 brotes, 21 casos y 20 ingresos).

Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.**Año 2006. Semanas 27-30 y datos acumulados hasta la semana 30**

Brotos de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 27-30	Acum.	Sem 27-30	Acum.
Bares, restaurantes y similares	6	34	34	382
Familiar	5	28	14	118
Centros escolares	0	10	0	387
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	63
Otras Residencias	0	2	0	66
Centros penitenciarios o de internamiento	0	1	0	41
Total	11	77	48	1057
Brotos de origen no alimentario	Sem 27-30	Acum.	Sem 27-30	Acum.
Gastroenteritis aguda	1	36	53	1391
Hepatitis A	1	5	2	41
Parotiditis	2	16	5	156
Meningitis vírica	0	8	0	21
Tos ferina	0	2	0	7
Neumonía	0	1	0	4
Varicela	0	1	0	3
Total	4	69	60	1623
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	15	146	108	2680



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2006, semanas 27 a 30
(Del 2 al 29 de julio de 2006)

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 40 Médicos Generales y 31 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2004" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2005, Vol. 10, nº 8, disponible en <http://www.madrid.org>. Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada, disponible en la misma página de internet.

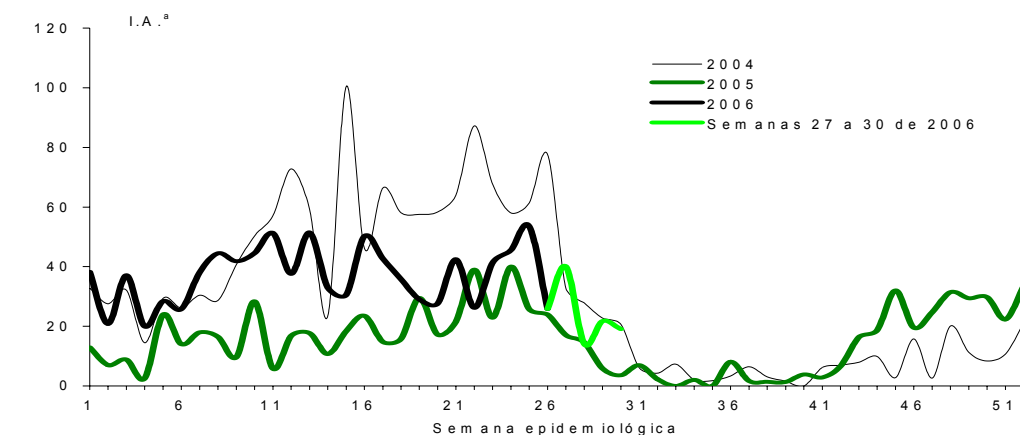
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el periodo estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 46,9 %, aunque hay que considerar que un número considerable de notificadores disfrutaron de vacaciones durante dicho periodo. La cobertura durante el año 2006 es del 67,0 %.

VARICELA

Durante las semanas 27 a 30 del año 2006 han sido declarados 45 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 97,2 casos por 100.000 personas (Intervalo de confianza al 95 %: 68,8 – 125,6). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el periodo estudiado y los años 2004, 2005 y 2006.

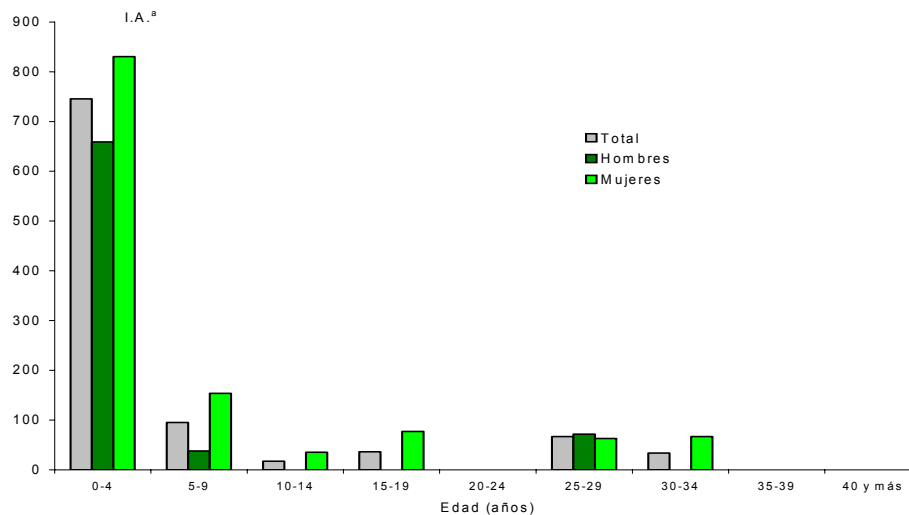
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2004, 2005 y 2006.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El 62,2 % de los casos notificados se dio en mujeres, y el 37,8 %, en hombres. El 90,5 % de los casos notificados (38) se dio en niños menores de 15 años. No se registró ningún caso en mayores de 35 años. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2006.



^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

En el 53,3 % de los casos (24) se recogió como fuente de exposición el contacto con un caso de varicela; 4 casos (8,9 %) se dieron en el seno de un brote, y en el 37,8 % (17 casos) la fuente se desconocía; el lugar de exposición declarado fue el colegio o la guardería en el 26,7 % de los casos; el hogar lo fue en 14 casos (31,1 %), y en otros 19 casos (42,2 %) el lugar de exposición era desconocido (Tabla 1).

Como complicaciones sólo se registraron en este período 3 infecciones bacterianas

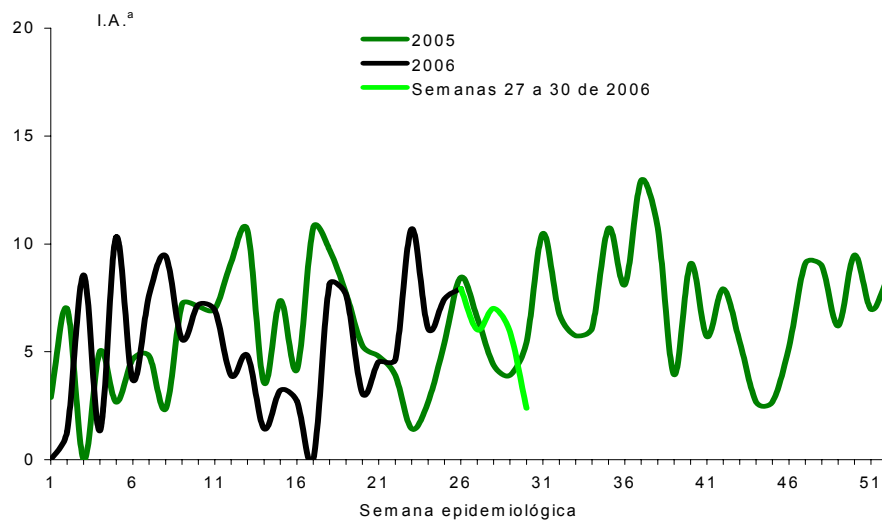
TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 del año 2006.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	24	(53,3)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	4	(8,9)
Desconocido	17	(37,8)
Total	45	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	7	(15,6)
Colegio	5	(11,1)
Hogar	14	(31,1)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	19	(42,2)
Total	45	(100)

HERPES ZÓSTER

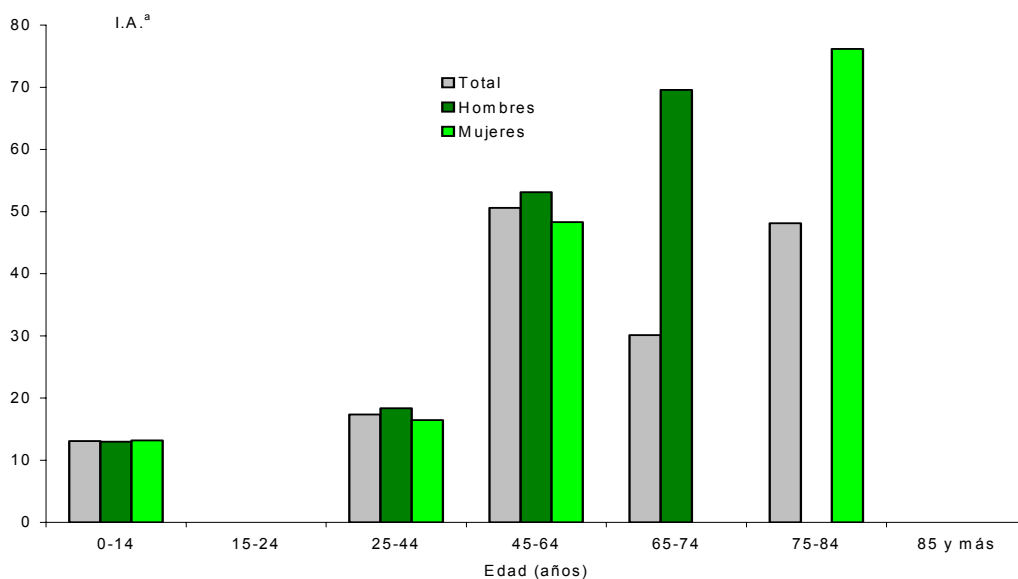
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 10 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 27 a 30, lo que representa una incidencia acumulada de 21,6 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 8,2 – 35,0). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2005 y 2006. La mitad de los casos se dieron en hombres y la otra mitad en mujeres. El 60,0 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años, y hubo dos casos en una niña de 9 años y en un niño de 10. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



ª Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2006.



ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

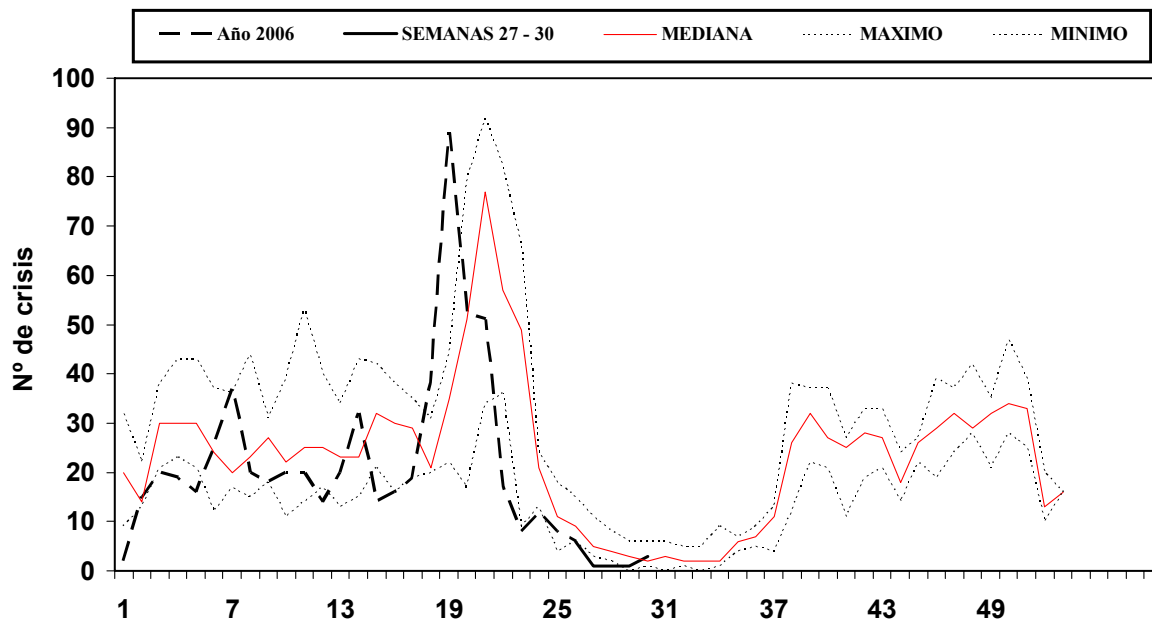


TABLA 2. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2006.

	Semanas 27 a 30	Año 2006
Gripe ^a	0	271
Varicela	45	690
Herpes zoster	10	105
Crisis asmáticas	33	640

^a Desde la semana 40 de 2005 hasta la 20 de 2006.

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/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

(una vez en esta dirección ir a:
Consejería de Sanidad y Consumo -> Publicaciones
-> Boletín Epidemiológico.)

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