

# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

# 3.

## INFORMES:






- Temporada de gripe 2006-2007 en la Comunidad de Madrid.
- Factores de riesgo en población con diabetes mellitus de 18 a 64 años.

# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

# 3.

## Índice

	<b>Informes:</b> <b>Temporada de gripe 2006–2007 en la Comunidad de Madrid.</b>	<b>3</b>
	<b>Factores de riesgo en población con diabetes mellitus de 18 a 64 años.</b>	<b>15</b>
	<b>EDO. Semanas 9 a 13 (del 25 de febrero al 31 de marzo de 2007).</b>	<b>52</b>
	<b>Brotos Epidémicos.</b> Semanas 9 a 13, 2007.	<b>59</b>
	<b>Red de Médicos Centinela.</b> Semanas 9 a 13, 2007.	<b>62</b>



Biblioteca Virtual

Comunidad de Madrid

Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

---

Tirada: 2.400 ejemplares  
Edición: 03/07

---

Depósito Legal: M-26.256 - 1989      ISSN: 1135-3155  
Imprime: **B.O.C.M.**



## INFORME: TEMPORADA DE GRIPE 2006/2007 EN LA COMUNIDAD DE MADRID

### RESUMEN

**Introducción.-** La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado. La importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de propagación, la extensa morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías.

El objetivo de este informe es describir la temporada de gripe 2006/07 en la Comunidad de Madrid.

**Material y métodos.-** Estudio descriptivo de la temporada de gripe 2006/07, a partir de la morbilidad declarada a las Enfermedades de Declaración Obligatoria y a la Red de Médicos Centinela.

**Resultados.-** En la temporada 2006/07 se ha detectado actividad epidémica durante 6 semanas. El máximo epidémico correspondió a la semana 6 de 2007. La frecuencia de presentación ha sido ligeramente mayor en hombres, 53,4% de los casos y en el grupo de edad entre 15 y 59 años, 71,9% de los casos. Las manifestaciones clínicas han sido: aparición súbita en el 85,2% de los casos, tos en el 92,9%, escalofríos en el 91,5%, fiebre en el 97,4%, debilidad y postración en el 89,2%, mialgias y dolores generalizados en el 90,1%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 81,5%, y contacto con enfermo de gripe en el 26,5%. El 10,3% de los casos tenía patologías previas. El 6,3% de los casos estaban

vacunados. En el 10,3% de los casos se ha recogido muestra de exudado nasofaríngeo para aislamiento de virus influenza a partir de las cuales se han realizado 25 aislamientos, todos ellos de virus de la gripe A, en 19 se llegó a identificar subtipo siendo todos ellos AH3N2 y de 15 se ha llegado a identificar la cepa, siendo todos ellos similares a A/Wisconsin/67/2005.

**Conclusiones:** En la temporada analizada el nivel de actividad epidémica ha sido medio bajo, con circulación de virus AH3N2 similares a A/Wisconsin/67/2005. El cuadro clínico presentado por los casos ha sido el habitual para este proceso y el mayor porcentaje de afectados ha estado entre los 15 y los 59 años.

### 1.- INTRODUCCIÓN

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda, en general de curso limitado, que termina con la recuperación del enfermo en el término de 3-7 días. La importancia de la gripe deriva de su elevada capacidad de propagación, la extensa morbilidad que produce y la gravedad de las complicaciones, en particular las neumonías.

Está producida por los virus de la familia Orthomyxoviridae que incluye los géneros Influenzavirus A, B y C. El virus de la gripe es capaz de sufrir lo que se denominan cambios antigénicos mayores (shift antigénico), que originan la aparición de un nuevo virus gripal distinto a los virus que han estado circulando los

años anteriores. Además de estos cambios mayores, el virus de la gripe sufre mutaciones o cambios menores (drift antigénico), motivo por el que la vacuna antigripal debe ser revisada anualmente para adaptarla a las cepas que se espera que circulen cada temporada.

Las vacunas son trivalentes y están constituidas por dos cepas del virus gripal A (subtipos H1N1 y H3N2) y una cepa del virus gripal B. La composición recomendada para la vacuna por la OMS (1) para la temporada 2006-2007 fue la siguiente:

- Antígeno análogo a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- Antígeno análogo a A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)
- Antígeno análogo a B/Malaysia/2506/2004

En los últimos años una de las preocupaciones de las autoridades sanitarias de todo el mundo es la aparición de una nueva pandemia de gripe consecuencia de la aparición de un nuevo subtipo de virus de gripe A. Esto es así porque desde finales del año 2003 están apareciendo casos por el subtipo H5N1, hasta el 15 de junio de 2007 se han detectado 313 casos en 12 países, el país con más casos registrados ha sido Indonesia con 100 casos. De las tres condiciones necesarias para dar lugar a una nueva pandemia se han dado 2, ha aparecido un nuevo virus capaz de transmitirse a humanos y de replicarse en ellos y causar enfermedad, faltaría la tercera condición, que este nuevo virus tenga capacidad de transmitirse de forma eficaz de una persona a otra, y pueda causar brotes en la población (2).

Fuera de la zona afectada, desde un punto de vista de la salud humana, la OMS solamente recomendó la temporada pasada intensificar la vigilancia epidemiológica para detectar la posible aparición de casos infectados por la cepa A(H5N1), prestando atención especial a los posibles casos provenientes de los países afectados. En España, como en el resto de países eu-

ropeos, la gripe aviaria no supuso la temporada pasada un riesgo para la Salud Pública.

Considerando la situación epidemiológica existente en el sudeste asiático la OMS ha elaborado un plan para apoyar a las autoridades sanitarias de los Países Miembros en la preparación y respuesta ante la amenaza de una próxima pandemia. Siguiendo estas recomendaciones, en España, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo cuenta con un Plan de actuación dirigido a armonizar los Planes de respuesta en todos los niveles operativos desarrollados desde las Comunidades Autónomas (3). En este marco la Comunidad de Madrid ha desarrollado un Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe (4). Según la OMS, en este momento estamos en Periodo de Alerta Pandémica, Fase 3.

Aunque es necesario estar alerta, la gripe aviaria no supone, en este momento un riesgo inmediato para la salud pública, y está previsto que durante la próxima temporada los sistemas de vigilancia epidemiológica tengan un funcionamiento similar al de años anteriores. En este informe se presenta un análisis descriptivo de la temporada de gripe 2006/07 en la Comunidad de Madrid.

## 2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la temporada de gripe 2006/07, a partir de los subsistemas de Vigilancia Epidemiológica de gripe disponibles en la Comunidad de Madrid: morbilidad declarada a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y a la Red de Médicos Centinela (RMC).

Por la presentación invernal que tiene esta enfermedad en nuestro hemisferio, existe el convenio de considerar como período para su estudio la temporada epidemiológica, que comienza en la semana 33 y termina en la semana 32 del año siguiente. También por acuerdo los sistemas centinelas están en funcionamiento desde la semana 40 hasta la semana 20 del año siguiente.

En las EDO, para el cálculo de las incidencias presentadas se han utilizado los datos poblacionales correspondientes al padrón continuo de población de 2006, sin tener en cuenta las coberturas de notificación. Mientras que en la RMC para el cálculo de incidencias se utiliza la población asignada a cada médico centinela según Tarjeta Sanitaria, y se corrige según cobertura de notificación, de forma que si una semana no se recibe la notificación de un facultativo no se considera su población para hacer las estimaciones.

El umbral epidémico para la incidencia utilizado con los datos de la RMC, se estima en base a la media de la incidencia semanal en las 5 temporadas precedentes.

### 3.- RESULTADOS

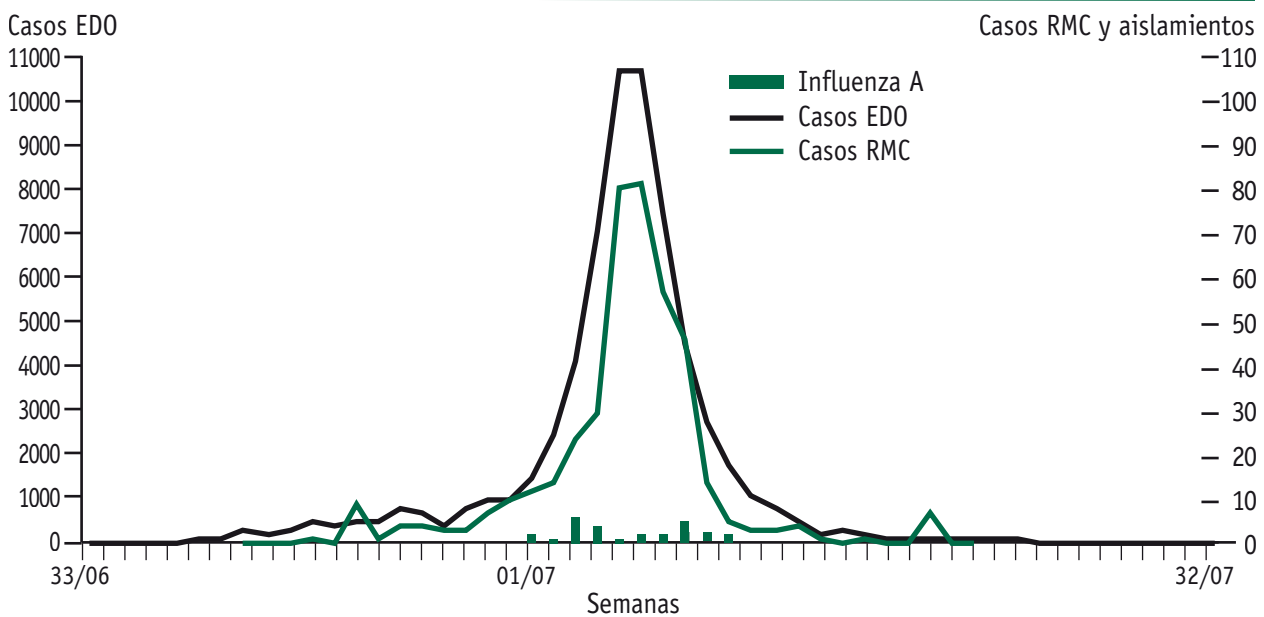
#### 3.1.- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

La morbilidad declarada a las EDO permite fundamentalmente la cuantificación y el análisis geográfico de la distribución de la enfermedad. En la Comunidad de Madrid, en este sistema, la gripe es una enfermedad de declaración numérica semanal. La cobertura de notificación en las EDO para la temporada ha sido de 65,3%.

Durante la temporada 2006/07 las EDO han registrado 65.545 casos de gripe, que representan una incidencia acumulada para la temporada de 1090,9 casos por 100.000 habitantes, la máxima incidencia se registró en las semanas 5 y 6 de 2007 (del 28 de enero al 10 de febrero), con 10.733 y 10.731 casos respectivamente, que suponen una incidencia acumulada semanal de 178,6 casos por 100.000 habitantes (figura 1, tabla 1).

## FIGURA 1

### Distribución semanal de los casos de gripe notificados a las EDO, a la RMC y aislamientos de laboratorio. Comunidad de Madrid. Temporada 2006/07.



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria y Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología

**TABLA 1****Casos notificados a las EDO en las temporadas 2002/03 a 2006/07 en la Comunidad de Madrid.**

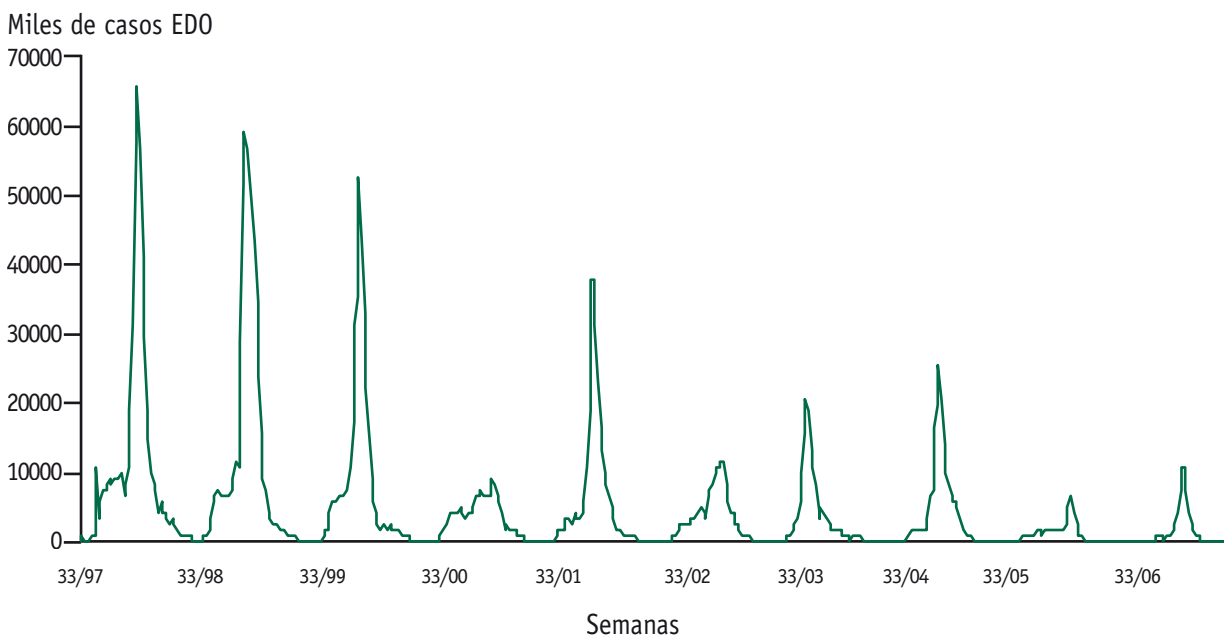
TEMPORADA EPIDEMIOLÓGICA	Nº CASOS NOTIFICADOS	INCIDENCIA EN LA TEMPORADA X 10 <sup>5</sup>	PICO MÁXIMO (INCIDENCIA SEMANAL/ SEMANA-AÑO)
2002-03	162.592	2.998,0	223,7/ 9-03
2003-04	162.574	2.842,7	367,7/47-03
2004-05	184.701	3.181,8	442,2/ 2-05
2005-06	60.862	1.020,5	116,9/10-06
2006-07	65.572	1.090,9	178,6/5 y 6-07

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

Respecto a la temporada anterior, tanto la temporada en conjunto como los niveles alcanzados durante la semana de máxima incidencia han sido ligeramente mayores, sin embargo si se analizan las 10 últimas temporadas, en la temporada 2006/07 los niveles de incidencia alcanzados han sido bajos (Figura 2).

La incidencia registrada durante la temporada ha sido variable según Distrito Sanitario, la mayor incidencia se ha registrado en el distrito de Centro del municipio de Madrid y menor en Parla (mapa 1).

En España, con datos provisionales, se han notificado a las EDO 599.716 casos de gripe en la temporada 2006/07, que representan una incidencia acumulada en la temporada de 1.511,0 casos por 100.000 habitantes. La semana de máxima incidencia fue la semana 6 de 2007 (entre el 4 y 10 de febrero) en la que se notificaron 75.305 casos, que suponen una incidencia acu-

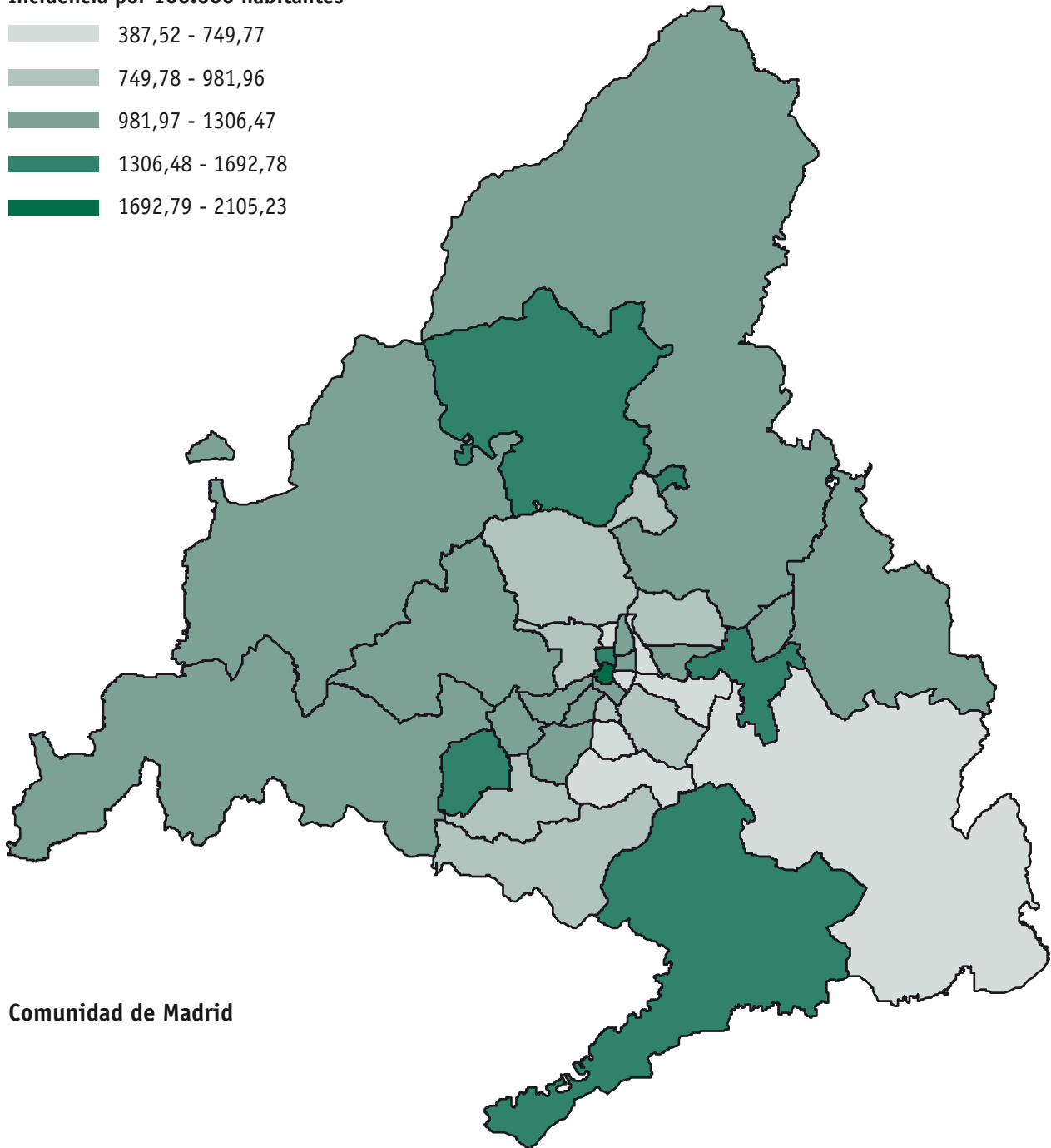
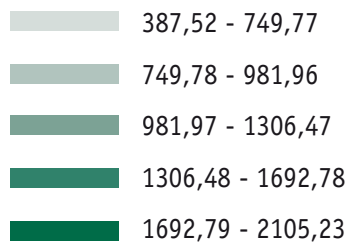
**FIGURA 2****Distribución semanal de los casos notificados a las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Comunidad de Madrid. Temporadas 1997/98 a 2006/07.**

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

## MAPA 1

**Distribución de la incidencia de gripe notificada al Sistema de Vigilancia de Enfermedades de Declaración Obligatoria, por distrito sanitario. Comunidad de Madrid, temporada 2006/07.**

Incidencia por 100.000 habitantes



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



mulada semanal de 189,7 casos por 100.000. Así pues, los niveles alcanzados para el conjunto del Estado en la temporada son superiores a los registrados en la Comunidad de Madrid, sin embargo ha sido similar la incidencia registrada en la semana de máxima incidencia. También ha sido similar la secuencia temporal de la temporada, alcanzándose el máximo epidémico en la misma semana.

### 3.2.- RED DE MEDICOS CENTINELA

La RMC está basada en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria que atienden a una muestra de la población representativa del conjunto de la Comunidad de Madrid. Estos médicos colaboran notificando los casos que atienden en su consulta y las características clínicas que presentan, lo que nos permite cuantificar la frecuencia de la enfermedad y su forma de presentación. Así mismo, recogen muestras

biológicas para la identificación de los virus gripales circulantes. El laboratorio de virología que realiza los aislamientos virales es el del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo.

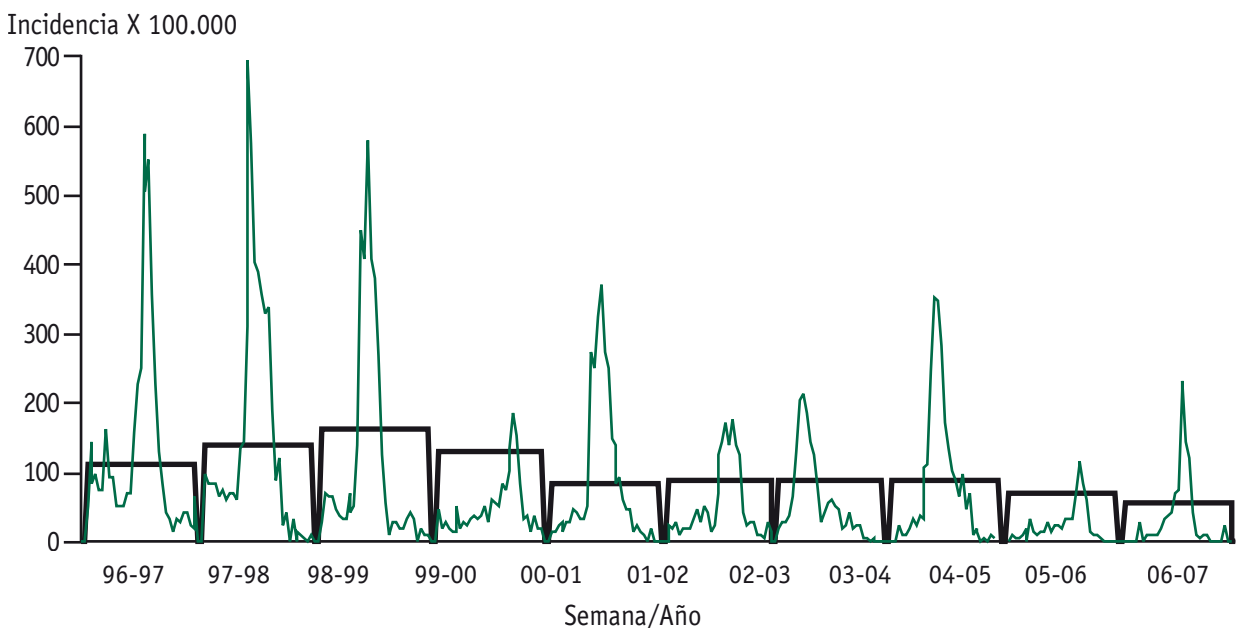
Una forma de valorar esta participación es a través de la cobertura de notificación, que ha alcanzado esta temporada una media semanal del 72%.

#### 3.2.1.- MAGNITUD DE LA EPIDEMIA

Los casos notificados a través de la RMC durante la temporada han sido 425, que permiten estimar una incidencia de 1.654,8 casos por 100.000 habitantes. Con los datos procedentes de este sistema de información se detectó actividad epidémica durante 6 semanas, en las cuales la incidencia de casos se situó por encima de la basal,

## FIGURA 3

**Distribución de la incidencia semanal de gripe notificada a la RMC y umbral epidémico. Comunidad de Madrid. Temporadas 1996/97 a 2006/07.**



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

entre la 3 y 8 de 2007. La incidencia máxima se registró en la semana 6 (233,1 casos por 100.000). Al comparar esta temporada con temporadas anteriores los niveles han sido bajos, pero superiores a los correspondientes a la temporada 2005-2006 (figura 3).

### 3.2.2.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Se han notificado durante la temporada 425 casos, con una frecuencia de presentación ligeramente mayor en el sexo masculino, 226 casos (53,4%) se declararon en hombres y 198 (46,6%) en mujeres. La mayor proporción de casos notificados se ha concentrado entre los 15 y 59 años, en este grupo también se ha registrado, considerando el conjunto de la temporada la mayor incidencia (tabla 2).

Las manifestaciones clínicas presentadas por los casos declarados han sido: aparición súbita en el 85,2% de los casos, tos en el 92,9%, escalofríos en el 91,5%, fiebre en el 97,4%, debilidad y postración en el 89,2%, mialgias y dolores generalizados en el 90,1%, mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes en el 81,5%, y contacto con enfermo de gripe en el 26,5%.

En 44 casos (10,3%) se conoce la existencia de patologías previas, de ellos 5 casos (11,4%) 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 20 casos (40,8%), del aparato circulatorio 9 casos (18,4%), metabólica 9 casos (18,4%), enfermedad renal 3 casos (6,1) y otros procesos en 8 casos (16,3%).

En 27 casos (6,3%) se ha registrado que se habían vacunado para esta temporada. El mes de vacunación ha sido en la mayoría noviembre (14 casos) y en octubre (9 casos). Al analizar la distribución de los casos según estado vacunal, edad y presencia de patologías previas, el porcentaje de casos con patologías previas que no habían sido vacunados, ha alcanzado el 65,9% de los casos, y ha sido alto en todos los grupos de edad (tabla 3).

Del conjunto, el 8,0%, 34 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, y en otros 31

## TABLA 2

**Distribución de los casos notificados a la Red de Médicos Centinela por grupo de edad y sexo. Comunidad de Madrid. Temporada de gripe 2006/07.**

		GRUPOS DE EDAD				TOTAL
		0-4	5-14	15-59	>59	
<b>SEXO</b>	Hombres	13	40	164	9	226
	Mujeres	9	37	141	11	198
% Casos		5,2%	18,2%	71,9%	4,7%	100%
Incidencia x100.000		85,6	299,8	1187,5	77,9	1659,9

En 1 caso se desconoce la edad y/o el sexo  
Fuente: Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología.

**TABLA 3**

**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 2006/07.**

	GRUPOS DE EDAD				TOTAL
	0-4	5-14	15-59	>59	
Con patología previa					
Vacunación SI	1 (33,3%)	6 (46,1%)	2 (14,3%)	6 (42,8%)	15 (34,1%)
Vacunación NO	2 (66,7%)	7 (53,8%)	12 (85,7%)	8 (57,1%)	29 (65,9%)
Total	3 (100%)	13 (100 %)	14 (100%)	14 (100%)	44 (100%)
Sin patología previa					
Vacunación SI	0 (0,0%)	2 (3,1%)	9 (3,1%)	1 (16,7%)	12 (3,1%)
Vacunación NO	20 (100%)	62 (96,9%)	282 (96,9%)	5 (83,3%)	369 (96,8%)
Total	20 (100%)	64 (100%)	291 (100%)	6 (100%)	381 (100%)
Vacunación SI	1 (4,3%)	8 (0,4%)	11 (3,6%)	7 (35,0%)	27 (6,3%)
Vacunación NO	22 (95,6%)	69 (89,6%)	294 (96,4%)	13 (65,0%)	398 (93,6%)
Total	23 (100%)	77 (100%)	305 (100%)	20 (100%)	425 (100%)

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

**TABLA 4**

**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 2006/07.**

	GRUPOS DE EDAD				TOTAL
	0-4	5-14	15-59	>59	
Neumonía	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (7,1%)	0 (0,0 %)	1 (2,9%)
Otras complicaciones	6 (100%)	10 (83,3%)	13 (92,8%)	2 (100%)	31 (91,2%)
Derivación especializada/ hospital	0 (0,0%)	2 (16,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,9%)
Total	6 (100%)	12 (100%)	14 (100%)	2 (100 %)	34 (100%)

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

se ha detectado otras complicaciones, la mayoría han sido cuadros de gastroenteritis (15 casos). En 2 casos se ha registrado la derivación a la Atención Especializada o al Hospital, fueron 2 niños de 5 años (tabla 4).

### 3.2.3.- VIRUS IDENTIFICADOS

En 44 de los casos notificados (10,3%) 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 valor del 100% en la semana 43. En 13 semanas, de las 33 en las que se mantiene la vigilancia de la gripe, se ha remitido al menos una muestra al laboratorio.

De las muestras enviadas, 25 han sido positivas (56,8%), y han correspondido a casos detecta-

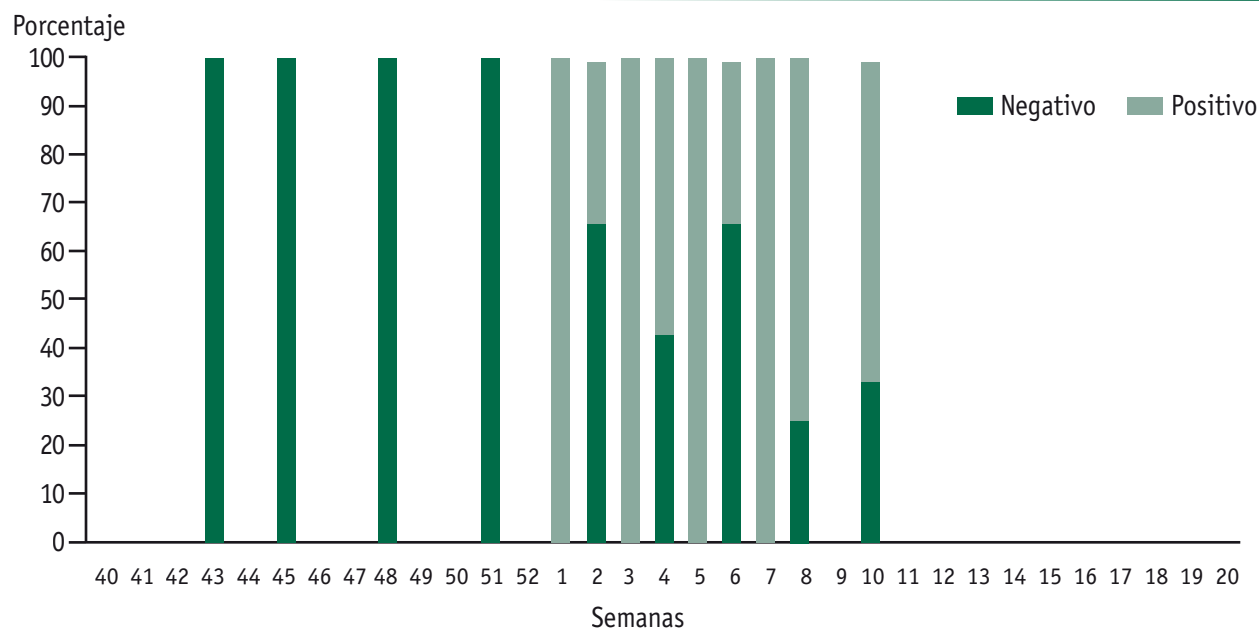
dos entre la semana 1 y 10 de 2007 (figura 4). Todos los aislamientos han correspondido a virus de la gripe A, en 19 se llegó a identificar subtipo siendo todos ellos AH3N2 y de 15 se ha llegado a identificar la cepa, siendo todos ellos similares a A/Wisconsin/67/2005, que eran las incluidas en la vacuna, para ese tipo antigénico esta temporada.

### 3.2.4.- SITUACIÓN EN ESPAÑA

En la temporada 2006/07, a nivel nacional el nivel de intensidad de la actividad gripal registrado por los sistemas centinelas ha sido moderado y asociado, durante el período de la onda epidémica, a un predominio de aislamientos de virus de la gripe AH3N2, que circularon simultáneamente a lo largo de la temporada con virus de la gripe AH1N1 y gripe B. Respecto a las cepas, los AH3N2 identificados han sido similares

**FIGURA 4**

**Distribución semanal del porcentaje de casos de gripe notificados a la RMC en los que se ha remitido muestra de exudado nasofaríngeo al laboratorio, según resultado obtenido. Comunidad de Madrid. Temporada 2006/07.**



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

a A/Wisconsin/67/2005, los AH1N1 a A/New Caledonia/20/99 (H1N1) y los B a B/Jiangsu/10/200 y a B/Malaysia/2506/2004 (Figura 5) (5).

En la mayoría de países europeos se han registrado niveles de actividad gripal bajos, los países con niveles más elevados han sido los Escandinavos, Luxemburgo y los países Bálticos (6).

#### 4.- VACUNACIÓN ANTIGRI PAL PARA LA TEMPORADA 2007-2008

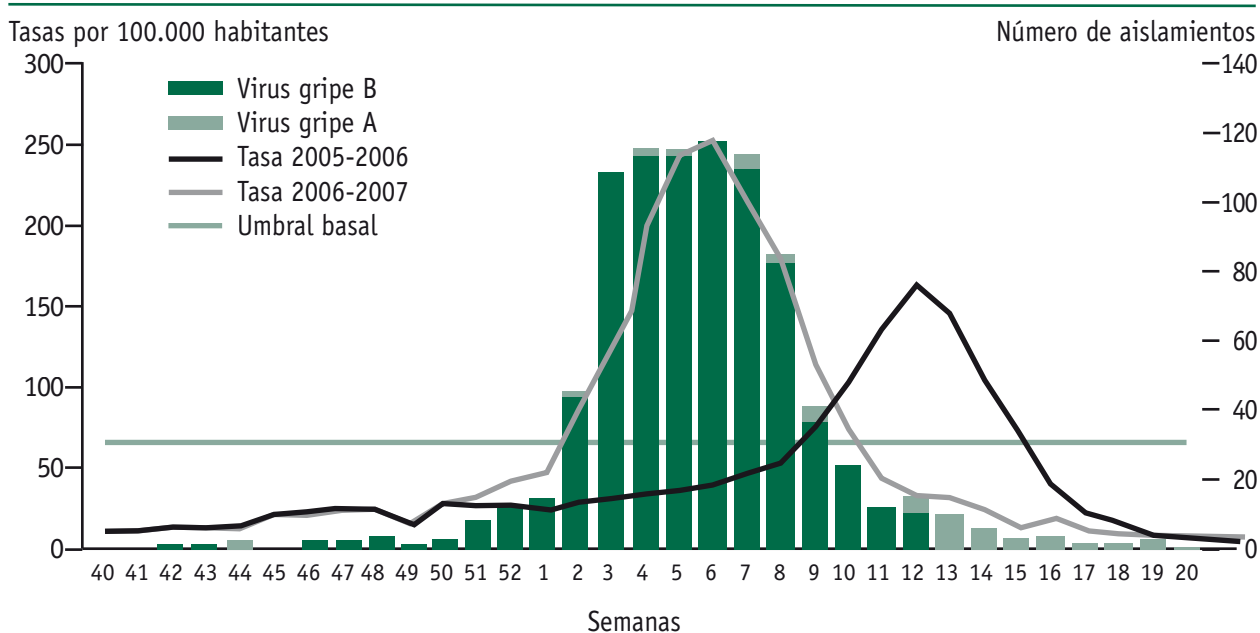
En la actualidad la vacunación es el único medio de que disponemos para prevenir la gripe. Desde que se comenzaron a realizar campañas de vacunación antigripal, los grupos de edad y de riesgo en los que se recomienda la vacunación se revisan de forma continúa en base a los da-

tos epidemiológicos y de los estudios publicados al respecto. Para la temporada 2007-2008 la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid recomienda la vacunación frente a la gripe a (7):

- Personas iguales o mayores de 60 años con o sin patología previa, institucionalizados (residencias) o no.
- Menores de 60 años que por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de parecer complicaciones derivadas de la gripe.
- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tiene un alto riesgo de presentar complicaciones.
- Personas que prestan servicios comunitarios esenciales.

### FIGURA 5

**Incidencia semanal y aislamientos virales. Sistemas Centinelas. España. Temporada 2006/07.**



Fuente: Sistemas Centinela, Centro Nacional de Epidemiología

### Grupos con mayor riesgo de padecer complicaciones derivadas de la gripe:

- Adultos y niños de 6 meses o más de edad con enfermedades crónicas pulmonares o cardiovasculares, incluido el asma.
- Residentes en instituciones cerradas, de cualquier edad a partir de 6 meses, que padezcan procesos crónicos.
- Adultos y niños de 6 meses o más de edad que precisaron tratamiento médico regular u hospitalización durante el año anterior a causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluida diabetes mellitus), insuficiencia renal, hemoglobinopatías o inmunosupresión (incluida inmunosupresión debida a medicación o por VIH).
- Niños y adolescentes (6 meses a 18 años) con tratamientos prolongados de ácido acetil salicílico, ya que tienen mayor riesgo de desarrollar el síndrome de Reye tras una gripe.
- Embarazadas en el segundo o tercer trimestre.

### Grupos potencialmente capaces de transmitir la gripe a otras personas de alto riesgo

- Médicos, personal de enfermería y cualquier otro personal hospitalario o de centros médicos, incluidos trabajadores de urgencias.
- Empleados de instituciones cerradas y otras instituciones para enfermos crónicos, que tengan contacto con pacientes o residentes.
- Asistentes domiciliarios de personas incluidas en grupo de riesgo (enfermeras, trabajadores voluntarios).
- Convivientes en el hogar, incluidos niños/niñas, de personas de alto riesgo.

### Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- Personas que, por su ocupación, prestan servicios públicos esenciales.
- Estudiantes y otras personas en centros institucionales que comparten dormitorios comunes.
- Personas de alto riesgo, antes de un viaje al extranjero: en cualquier época del año a los que viajen al trópico y a los que viajen de abril a septiembre al hemisferio sur.

La composición de la vacuna se adecua cada año en base a las recomendaciones de la OMS. La vacuna recomendada para ser usada en el hemisferio norte, en la próxima temporada 2007-2008, deberá contener las siguientes cepas (8):

- Antígeno análogo a A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1)
- Antígeno análogo a A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) o A/Hiroshima/52/2005
- Antígeno análogo a B/Malaysia/2506/2004

## 5.- CONCLUSIONES

- Los sistemas de vigilancia de la gripe en la Comunidad de Madrid han funcionado de forma adecuada durante la temporada 2006-2007 lo que ha permitido detectar actividad epidémica e identificar el virus de la gripe circulante.
- La actividad epidémica se detectó en la segunda mitad de la temporada en las primeras semanas de 2007.
- La intensidad de la actividad epidémica ha sido baja.

- El cuadro clínico presentado por los casos ha sido el habitual para este proceso y el mayor porcentaje de afectados han sido niños.
  - Las cepas de virus circulante que se han identificado eran similares genéticamente a las incluidas en la vacuna, para ese tipo antigénico esta temporada.
  - Las diferencias metodológicas están influyendo en las diferencias detectadas en la magnitud de las estimaciones de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y de la Red de Médicos Centinela.
- 4.- Comunidad de Madrid. Plan de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe. Disponible en <http://www.madrid.org/sanidad/salud>
  - 5 - <http://cne.isciii.es>
  - 6.- Disponible en <http://www.eiss.org/cgi-files/bulletin>
  - 7.- Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid. Campaña de Vacunación Antigripal y Antineumocócica 2007. Madrid 2007.
  - 8.- WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2007-2008 season. Disponible en [www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2007north/en/](http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2007north/en/)

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2006-2007 season. Wkly Epidemiol Rec 2006;81:81-88.
- 2.- Disponible en <http://www.who.int>
- 3.- Disponible en <http://www.msc.es>

**Agradecimientos: Queremos agradecer la colaboración a todos los facultativos y notificadores en general, de forma especial a los que componen la RMC y colaboran vigilando la gripe.**



## INFORME: FACTORES DE RIESGO EN POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS DE 18-64 AÑOS

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en Población Adulta (SIVFRENT-A) de la Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

**Elaboración:** *Natividad García Marín; Mercedes Martínez Cortés; Iñaki Galán Labaca; Elisa Gil; Belen Zorrilla Torras.*

### RESUMEN

**Antecedentes y objetivos:** la diabetes mellitus es una enfermedad crónica, de alta prevalencia y elevado coste individual y social, asociada a una significativa morbilidad y mortalidad, siendo la enfermedad cardiovascular la causa fundamental de esta morbimortalidad. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de diabetes mellitus (DM) autodeclarada, y estimar la prevalencia de sus principales factores de riesgo conocidos, la prevalencia de los factores asociados a la enfermedad cardiovascular y la realización de las medidas de control de la enfermedad.

**Metodología:** estudio transversal de una muestra de 12.043 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid en el periodo 1996-2005, recogidos por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT-A). Se ha estimado la prevalencia de DM auto-referida, y los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en personas con diabetes mellitus y sin diabetes, así como la agregación de consumo de tabaco, bebedor de riesgo, actividad física y alimentación. Por último se han evaluado las actividades preventivas y medidas terapéuticas realizadas, las cuales comprenden el consejo médico de deshabituación tabáquica, el control de la tensión arterial y del nivel de colesterol, y el tra-

tamiento higiénico-dietético y farmacológico de la DM, de la hipertensión arterial y del nivel del colesterol.

**Resultados:** el 3,8% de los entrevistados se autodeclaran diabéticos, sin variaciones por sexo e incrementándose con la edad. La prevalencia de DM es superior en las personas con menor nivel de estudios. En la evolución de la prevalencia de la DM autodeclarada, se describe una tendencia creciente con un incremento del 43,3%.

Las personas con diabetes mellitus presentan una mayor prevalencia de hipertensión (35,2% vs 12,5%) y de hipercolesterolemia (37% vs 15%) que los no diabéticos.

En general, las personas con DM son menos sedentarias (no activas en su ocupación habitual y en tiempo libre). La evolución de los indicadores de actividad física no es favorable, ya que se aprecia un incremento de ambos.

El 30,2% de las personas con diabetes son fumadores activos, y en no diabéticos es del 38,4%, debido fundamentalmente a las diferencias en el consumo de tabaco en las mujeres, ya que entre los hombres el consumo es similar. En la población diabética, la prevalencia de consumo de tabaco aumenta ligeramente (6,9%), mientras que en los no diabéticos disminuye un 11,4%.



En general, el consumo moderado de alcohol es menor entre los que se autodeclaran diabéticos, y al igual que en los no diabéticos es más frecuente en hombres y en edades jóvenes. El consumo de riesgo es similar en diabéticos/ no diabéticos. La evolución de ambos indicadores, muestra tendencias diferentes con un descenso en la prevalencia del consumo de riesgo y con un aumento del consumo moderado de alcohol, tanto en diabéticos como no diabéticos.

La prevalencia de sobrepeso y de obesidad es más frecuente en diabéticos que en no diabéticos, siendo la diferencia mayor en mujeres. Más de la tercera parte de la población diabética tienen sobrepeso, siendo más frecuente en los hombres y en el grupo de edad de 45-64 años; y el 21,3% son obesos. Además, la tendencia es desfavorable, aumentando el sobrepeso un 20,3% y la obesidad un 30,7%, en las personas con diabetes. En los no diabéticos el sobrepeso muestra poca variabilidad, mientras que la proporción de obesos aumenta un 28,8% en el periodo estudiado.

Las personas con DM realizan una alimentación más saludable que los no diabéticos, consumiendo más frutas frescas y verduras y menos productos cárnicos. Sin embargo, la tendencia es desfavorable en los diabéticos, disminuyendo la frecuencia de este tipo de consumo.

La agrupación de factores de riesgo ligados al estilo de vida, es menos frecuente en las personas con diabetes, presentando el 15,6% dos o más factores de riesgo, mientras que en los no diabéticos es del 21,9%. La tendencia de este indicador es favorable, tanto en diabéticos como en no diabéticos, ya que en ambos la proporción de personas con dos o más factores disminuye.

El consejo médico de deshabituación tabaquica, así como en control de la tensión arterial y del nivel de colesterol se realiza con mayor frecuencia en las personas con diabetes. Aunque, a lo largo del periodo se aprecia una relajación en la realización de estas medidas en la población diabética, mejorando en los no diabéticos.

El 32,4% de las personas con DM autodeclarada no realizan ningún tratamiento dietético y/o farmacológico para controlar su nivel de glucemia. Entre los que llevan un control la toma de hipoglucemiantes orales es lo más habitual. Por último, el tratamiento higiénico-dietético y/o farmacológico para el control de la tensión arterial y el nivel de colesterol, se realiza más frecuentemente en las personas con diabetes que en los no diabéticos. La toma de fármacos antihipertensivos e hipolipemiantes es significativamente mayor en los diabéticos.

**Conclusiones:** Se observa un aumento de la prevalencia de DM autodeclarada, previéndose que esta tendencia se mantenga en los próximos años como consecuencia de la alta prevalencia e incremento de los factores de riesgo. A pesar de que las actividades preventivas y las medidas terapéuticas se realizan más frecuentemente en las personas con DM, todavía están lejos de conseguir los objetivos óptimos de control.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, de alta prevalencia y elevado coste individual y social, asociada a una significativa morbilidad y mortalidad.

En las últimas décadas se está produciendo un extraordinario aumento de la prevalencia de diabetes ligada específicamente a la diabetes tipo 2, que en parte obedece a los cambios de estilos de vida, fundamentalmente: escasa actividad física, dieta hipercalórica y rica en grasa y obesidad, y por otra parte al envejecimiento de la población y a factores genéticos<sup>1,2</sup>.

Según datos de la Comunidad de Madrid (CM), la prevalencia de diabetes conocida en el año 2000 es del 3,2% en población general de todas las edades, lo que supone 300.000 personas afectadas. Se estima que hay entre un 30-50% más sin diagnosticar. Esta prevalencia ha sufrido un aumento del 23% desde 1996<sup>3</sup>.

La diabetes en países desarrollados ocupa del cuarto al octavo lugar en las causas de defunción<sup>4</sup>. El riesgo de muerte es de 2,5 veces mayor que en población general de la misma edad. La principal causa de muerte es la enfermedad cardiovascular, responsable del 70-80% de la mortalidad de las personas con diabetes<sup>5</sup>.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2000 la diabetes fue la 8ª causa de muerte en mujeres y la 17ª en varones con una tasa bruta de 14,2 por 100.000 (12,1 en varones y 18,4 en mujeres). Esta tasa se triplica en ambos sexos cuando consideramos los fallecidos con mención de diabetes alcanzando tasas de 40,8 por 100.000 en varones y 51,7 en mujeres.

La diabetes debe ser considerada como un factor mayor e independiente de riesgo cardiovascular<sup>5,6</sup>. Además su asociación con una alta prevalencia de otros factores **modificables** de riesgo cardiovascular (obesidad, sedentarismo, hipertensión, dislipemia y el hábito tabaquico) intensifica el riesgo y conlleva una elevada mortalidad<sup>5,7,8</sup>.

Diversos estudios demuestran que para disminuir la morbimortalidad de los pacientes diabéticos se debe realizar tanto un adecuado control de la hiperglucemia como del resto de factores de riesgo<sup>2,5,9,10,11</sup>. El abordaje del diabético debe ser global e intenso, similar al de la prevención secundaria<sup>5,6</sup>.

Sin embargo, los cuidados de las personas con diabetes no alcanzan los niveles aceptables de control de los distintos factores de riesgo, por lo que las complicaciones siguen siendo hoy día un problema preocupante<sup>12,13,14,15,16</sup>.

La vigilancia epidemiológica de la diabetes es crucial para un mejor conocimiento de la enfermedad, la identificación de los grupos de riesgo, el desarrollo de estrategias que reduzcan el coste económico y humano de la enfermedad, formular políticas de salud y evaluar el progreso en la prevención y el control de la enfermedad<sup>17</sup>. Son sobre todo estas razones las que hacen que

la vigilancia de esta enfermedad y sus factores de riesgo sea un objetivo prioritario dentro de la estrategia frente a la diabetes en nuestra comunidad.

La Dirección General de Salud Pública y Alimentación ha puesto en marcha un Programa de Acciones para la Prevención y Mejora del Control de la Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid. Una de las líneas de trabajo enmarcada dentro del Programa es la Vigilancia de la morbilidad y mortalidad de la diabetes en la población general manteniendo y potenciado todas las fuentes de información actuales. Por lo que se ha realizado un estudio para conocer la prevalencia de diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular autoreferidos por el propio paciente a través del Sistema de Vigilancia de factores de riesgo asociado a enfermedades no transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A).

## MÉTODOLÓGIA

Los datos proceden del SIVFRENT-A, el cual recoge información a través de encuestas telefónicas continuas sobre los principales factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas en la población de 18-64 años de edad, no institucionalizada, de la Comunidad de Madrid.

La diabetes mellitus se vigila en el SIVFRENT en oleadas de 2 años consecutivos cada 2 años (enero 1996-diciembre 1997; enero 2000-diciembre 2001; enero 2004-diciembre 2005). Se han seleccionado las 12.043 entrevistas realizadas en los años mencionados, de las cuales el 48,6% eran varones y el 51,4% mujeres.

Se ha analizado la prevalencia de diabetes mellitus auto-referida, antecedentes familiares de diabetes y diabetes gestacional, estratificando por grupos de edad y sexo (excepto para diabetes gestacional). También se ha estimado la prevalencia factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares en personas

con diabetes mellitus y no diabéticas: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco, dieta desequilibrada, consumo de alcohol así como la agregación de consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación, estratificando por grupos de edad y sexo.

Por último se ha analizado las actividades preventivas y medidas terapéuticas realizadas en ambas poblaciones. Seleccionándose como actividades preventivas el consejo médico de deshabituación tabáquica, el control de la tensión arterial y del nivel de colesterol. Las medidas terapéuticas comprenden el tratamiento higiénico-dietético y farmacológico de la DM, de la hipertensión arterial y del nivel del colesterol. Cada una de estas variables se define en base a la información autodeclarada por el entrevistado. Así mismo se han establecido una serie de indicadores para estimar distintos aspectos de una misma variable. Las definiciones y los indicadores se explican en el apartado de resultados de cada una de las variables analizada.

Los cálculos se han realizado agrupando la información de todos los años de estudio para obtener un mayor tamaño muestral. Las variables cualitativas se expresan en frecuencias absolutas y relativas y su IC 95%, comparándose con chi<sup>2</sup> test, las variables continuas se exponen en medias, aplicándose la t de Student para la diferencias de medias.

Se ha estudiado la evolución de la prevalencia de todas variables descritas mediante representación gráfico, agrupándolas por periodo 1996-1997, 2000-2001, 2004-2005.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión12.0 y con el Epidat v.3.0

## RESULTADOS

### 1. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS AUTODECLARADA

La prevalencia de diabetes se basa en las preguntas: "¿Le ha dicho alguna vez un médico o enfermera que tiene diabetes?" o "¿Le ha dicho alguna vez un médico o enfermera que tiene el azúcar o la glucosa elevado en sangre en más de una ocasión?". Se consideran diabéticos los individuos que responden afirmativamente a cualquiera de las dos preguntas.

En el periodo 1996-2005, un total de 454 entrevistados (3,8%) se autodeclaran diabéticos, sin variaciones por sexo. La prevalencia de DM autodeclarada aumenta con la edad, siendo mayor en el grupo de 45 a 64 años (7,5%) (tabla 1). La media de edad es de 49,3 años (DE: 12,1, IC 95%: 48,2-50,5).

En la tabla 2 se muestra la evolución de la prevalencia de DM referida por el propio enfermo, la cual pasa del 3% en 1996-1997 al 4,3% en 2004-2005, constituyendo un aumento del 43,3% ( $p=0,002$ ). En los hombres se observa una tendencia creciente mientras que en mujeres la prevalencia decrece en la última oleada 2004-2005, descenso no significativo. Por grupos de edad, es en el grupo de 30-44 años donde se aprecia un mayor incremento (161,5%,  $p=0,000$ ). Por grupos de edad, es en el grupo de 30-44 años donde se aprecia un mayor incremento (161,5%,  $p=0,000$ ).

#### 1.1. Nivel educativo

Se ha establecido cuatro categorías: primarios o menos de primarios, secundarios 1º, secundarios 2º y universitarios.

La mayor prevalencia de diabetes mellitus se encuentra en las personas con nivel de estudios

**TABLA 1**

**Prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclara por sexo y grupos de edad. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	VARONES			MUJERES			TOTAL		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
18-29 años	22	1,2	0,7-1,7	17	0,9	0,5-1,4	39	1,0	0,7-1,3
30-44 años	47	2,3	1,6-3,0	60	2,8	2,1-3,5	107	2,6	2,1-3,1
45-64 años	158	8,2	7,0-9,4	150	6,9	5,8-8,0	350	7,5	6,7-8,3
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>3,9</b>	<b>3,4-4,4</b>	<b>227</b>	<b>3,7</b>	<b>3,2-4,2</b>	<b>454</b>	<b>3,8</b>	<b>3,5-4,1</b>

primarios o inferiores (9,4%; IC 95%: 7,8-10,9) y secundarios de primer grado (4,5%; IC 95%: 3,7-5,2) y es menor en los de estudios secundarios de segundo grado (2,4%; IC 95%: 1,9-2,9) y universitarios (2,5%; IC 95%: 2,0-3,0).

### 1.2. Clase social

La clase I formada por directivos, técnicos superiores y profesionales liberales; la clase II por ocupaciones intermedias y directivos del comercio; la clase III por trabajadores no manuales cualificados; la clase IV por trabajadores ma-

**TABLA 2**

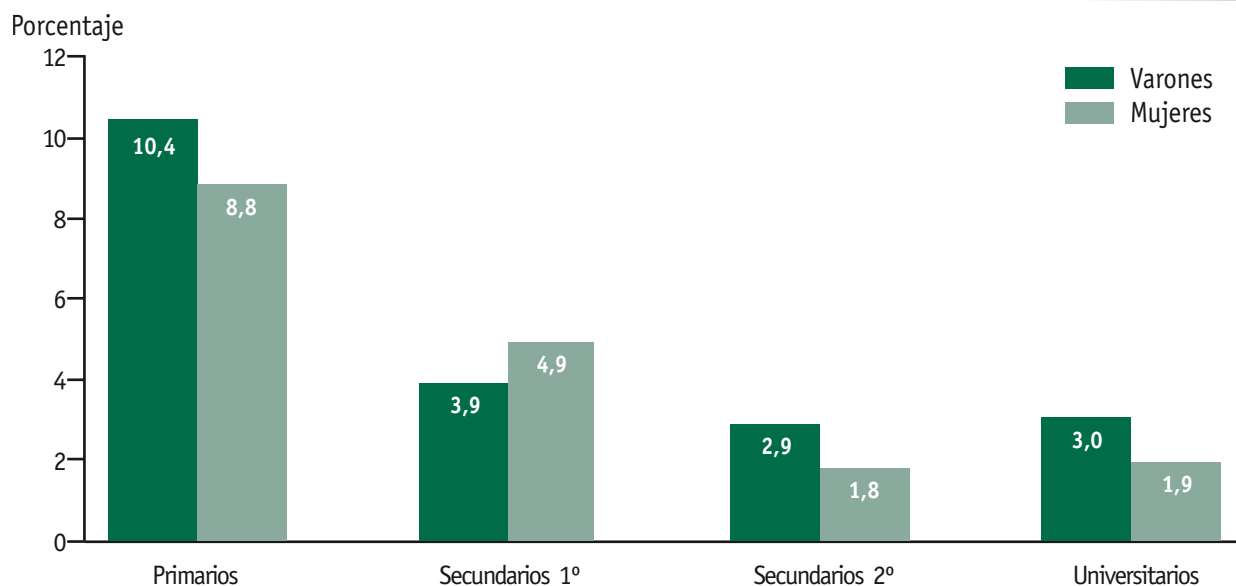
**Evolución de la prevalencia (%) de diabetes mellitus autodeclarada. Comunidad de Madrid. Temporadas 1996-97, 2000-01 y 2004-05.**

	TOTAL	SEXO		GRUPOS DE EDAAD		
		VARONES	MUJERES	18-29	30-44	45-64
1996-1997	3,0 (2,4-3,5)*	3,2 (2,4-4,0)	2,8 (2,0-3,5)	0,9 (0,4-1,5)	1,3 (0,6-1,9)	6,6 (5,2-7,9)
2000-2001	4,0 (3,4-4,7)	3,7 (2,8-4,6)	4,4 (3,5-5,3)	0,8 (0,3-1,4)	2,9 (2,0-3,8)	8,2 (6,7-9,7)
2004-2005	4,3 (3,7-5,0)	4,8 (3,8-5,0)	3,9 (3,0-4,7)	1,4 (0,7-2,1)	3,4 (2,5-4,4)	7,8 (6,3-9,2)

\* Intervalo de confianza 95%

## GRÁFICO 1

Prevalencia (%) de diabetes según nivel de estudios. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.



nuales cualificados o semicualificados, y la clase V por trabajadores manuales no cualificados. La prevalencia de DM es menor en las clases sociales más aventajadas, clase I (3,0%; IC 95%: 2,1-3,8) y II (2,8%; IC 95%: 1,9-3,7), incrementándose en las clases intermedias III (3,9%; IC 95%: 3,2-4,5) y IV (3,9%, IC 95%: 3,2-4,5) y con una mayor prevalencia en la clase más desfavorecida V (5,0%; IC 95%: 3,7-6,3). En los hombres, la distribución de la prevalencia de diabetes por clase social no sigue este patrón (gráfico 2).

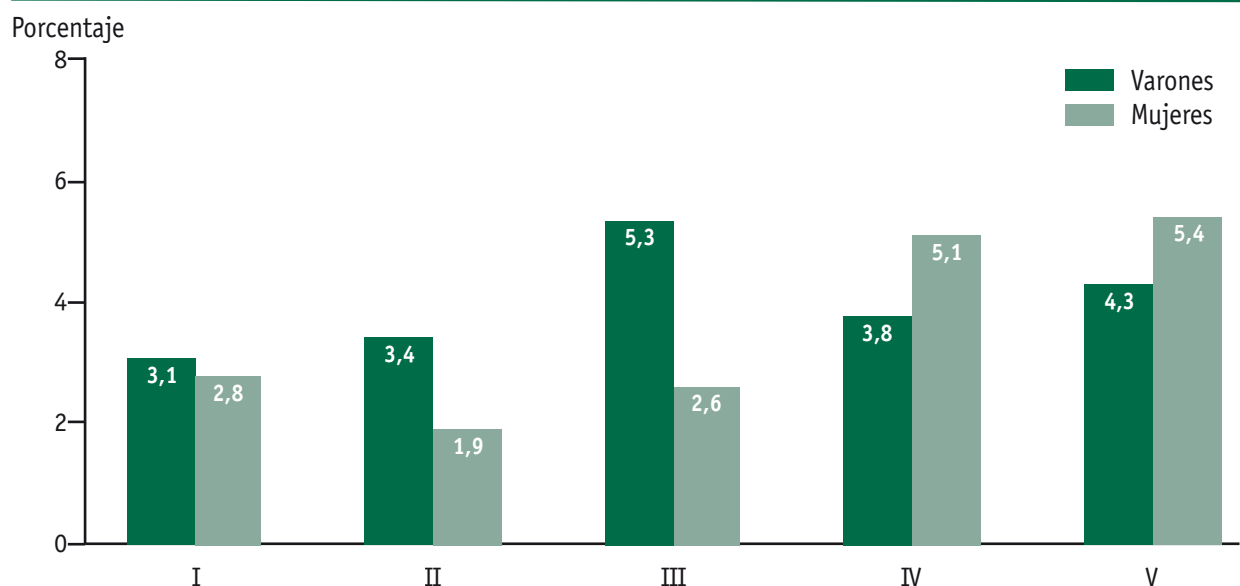
### 1.3. Antecedentes familiares de diabetes

Se estudia a través de la pregunta ¿recuerda si a alguno de sus padres o hermanos un médico o enfermera le ha dicho que tiene diabetes?. El 43,4% de los diabéticos responden afirmativamente, mientras que entre los no diabéticos es del 17,0% ( $p=0,000$ ). En las mujeres es más frecuente la referencia del antecedente familiar que en los hombres (en diabéticos y no diabéticos) (tabla 3).

Comparando la proporción de personas que declaran tener algún antecedente familiar de diabetes mellitus, en la temporada 2004-2005 con la del 1996-1997, se aprecia un incremento del 15,9% en la población diabética y en la no diabética del 36,6%.

## GRÁFICO 2

Prevalencia (%) de diabetes según clase social. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.



## TABLA 3

Prevalencia (%) de antecedentes familiares de diabetes mellitus en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.

	TOTAL	GÉNERO		GRUPOS DE EDAAD		
		VARONES	MUJERES	18-29	30-44	45-64
No diabéticos	n=1969 17,0 (16,3-17,7)*	n=838 14,9 (14,0-15,8)	n=1131 19,0 (18,0-20,0)	n=386 10,4 (9,4-11,4)	n=781 19,2 (18,0-20,4)	n=802 221,1 (19,8-22,5)
Diabéticos	n=197 43,4 (38,8-48,0)	n=86 37,9 (31,6-44,2)	n=111 48,9 (42,4-55,4)	n=10 25,6 (11,9-39,3)	n=49 45,8 (36,4-55,2)	n=138 44,8 (39,2-50,4)
Total	n=2166 18,0 (17,3-18,7)	n=924 15,8 (14,9-16,7)	n=1242 20,1 (19,1-21,1)	n=396 10,5 (9,5-11,5)	n=830 19,9 (18,7-21,1)	n=940 22,9 (21,6-24,2)

\* Intervalo de confianza 95%

### 1.4. La diabetes gestacional

Se define en base a la autodeclaración de las mujeres de que un médico le ha comunicado una diabetes durante alguno de su/sus embarazos, y no en otras ocasiones. La prevalencia de diabetes gestacional es del 5,1% (IC 95%: 4,4-5,8), con un incremento en el periodo 1996-2005 del 119,4% ( $p=0,000$ )

## 2. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO

### 2.1. Hipercolesterolemia

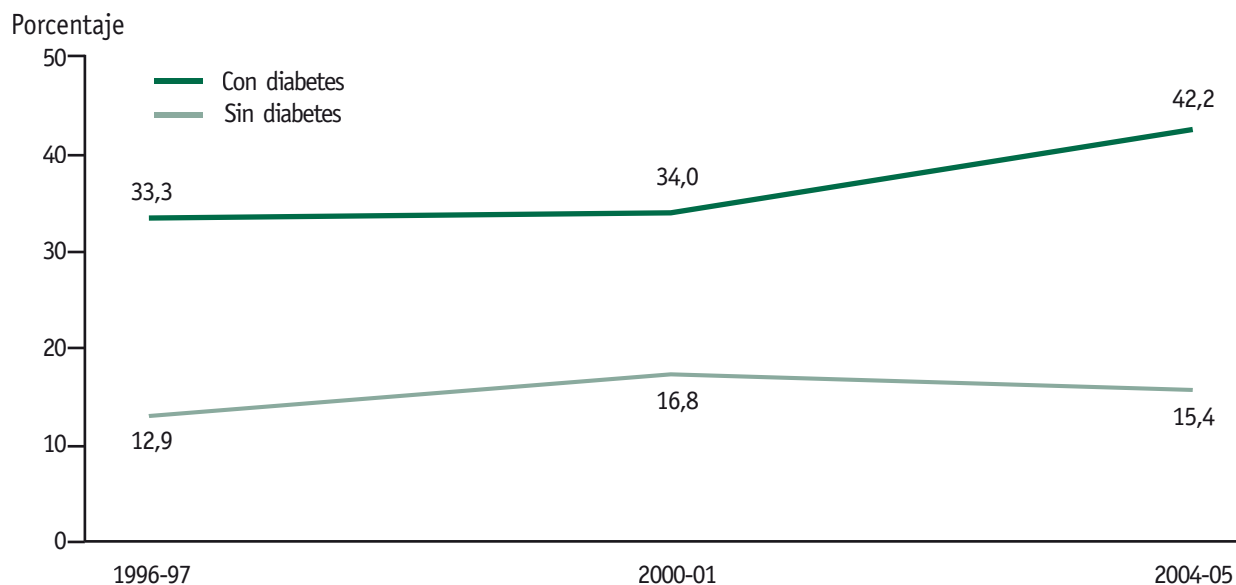
Definida según la autodeclaración del encuestado de que alguna vez un médico o enfermera le ha comunicado que su cifra de colesterol es elevada.

El 37,0 % de las personas con diabetes refieren tener elevado el nivel de colesterol, mientras que en las personas no diabéticas es el 15%, diferencias que se mantienen en ambos sexos y en el grupo de mayor edad. La prevalencia de hipercolesterolemia es mayor en los hombres que en las mujeres y en el grupo de edad de 45-64 años, tanto en diabéticos como en no diabéticos (tabla 4).

La evolución de la prevalencia de hipercolesterolemia en los diabéticos muestra una tendencia creciente (aumento del 26,6% comparando la prevalencia 2004-2005 con la de 1996-1997); y en los no diabéticos se incrementa un 30,2% en la oleada 2000-2001 con respecto a la del 1996-1997, disminuyendo en la última temporada (gráfico 3).

## GRÁFICO 3

**Evolución de la prevalencia (%) de hipercolesterolemia en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



**TABLA 4**

**Prevalencia (%) de hipercolesterolemia en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	37,0 (32,6-41,4)*	15,0 (14,4-15,7)	0,000
Sexo			
Hombres	38,8 (32,5-45,1)	15,7 (14,8-16,7)	0,000
Mujeres	35,2 (30,0-41,4)	14,4 (13,5-15,3)	0,000
Grupos de edad			
18-29	12,8 (2,3-23,3)	6,5 (5,7-7,3)	0,179
30-44	26,2 (17,9-34,5)	13,2 (12,2-14,2)	0,000
45-64	43,8 (38,3-49,3)	25,3 (24,0-26,7)	0,000
Hombres			
18-29	9,1 (1,2-29,2)	5,4 (4,4-6,5)	0,034
30-44	38,3 (23,3-53,3)	16,9 (15,2-18,6)	0,000
45-64	43,0 (35,0-51,8)	25,2 (23,2-27,4)	0,000
Mujeres			
18-29	17,6 (3,8-43,4)	7,6 (6,4-8,8)	0,122
30-44	16,7 (6,4-26,9)	9,7 (8,5-11,0)	0,077
45-64	44,7 (36,4-54,0)	25,4 (23,5-27,4)	0,000

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

## 2.2. Hipertensión arterial

Definida según la autodeclaración del encuestado de que alguna vez un médico o enfermera le ha comunicado que su tensión arterial es elevada.

El 35,2% de las personas con DM declaran tener la tensión arterial alta. Al igual que en los no diabéticos, no se observan diferencias entre hombres y mujeres, incrementándose progresivamente con la edad.

En general, las personas con diabetes mellitus autodeclaran con mayor frecuencia ser hipertensas que las no diabéticas, diferencias que se observan en las mujeres en todos los grupos de edad y en los hombres a partir de los 30 años (tabla 5).

La prevalencia de hipertensión arterial muestra un incremento en los años 2000-2001, disminuyendo posteriormente, esta tendencia es similar en personas con diabetes y sin diabetes (gráfico 4).



TABLA 5

Prevalencia (%) de hipertensión arterial en persona con o sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	35,2 (30,8-39,6)*	12,5 (11,9-13,1)	0,000
Sexo			
Hombres	32,6 (26,5-38,7)	13,0 (12,1-13,9)	0,000
Mujeres	37,9 (31,6-44,2)	12,1 (11,3-12,9)	0,000
Grupos de edad			
18-29	7,7 (1,6-20,8)	3,6 (3,9-5,3)	0,366
30-44	25,2 (16,5-33,9)	9,1 (8,2-10,0)	0,000
45-64	42,2 (36,5-47,9)	23,9 (22,5-25,3)	0,000
Hombres			
18-29	0,0	5,5 (4,5-6,6)	0,629
30-44	36,2 (21,4-51,0)	10,6 (9,0-12,0)	0,000
45-64	36,1 (28,3-43,9)	23,4 (21,4-25,4)	0,000
Mujeres			
18-29	17,6 (3,8-43,4)	3,7 (2,8-4,6)	0,025
30-44	16,7 (6,4-26,9)	7,6 (6,5-8,8)	0,010
45-64	48,7 (40,4-57,0)	24,4 (22,5-26,3)	0,000

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

### 2.3. Actividad física

Se valora a través de los siguientes indicadores:

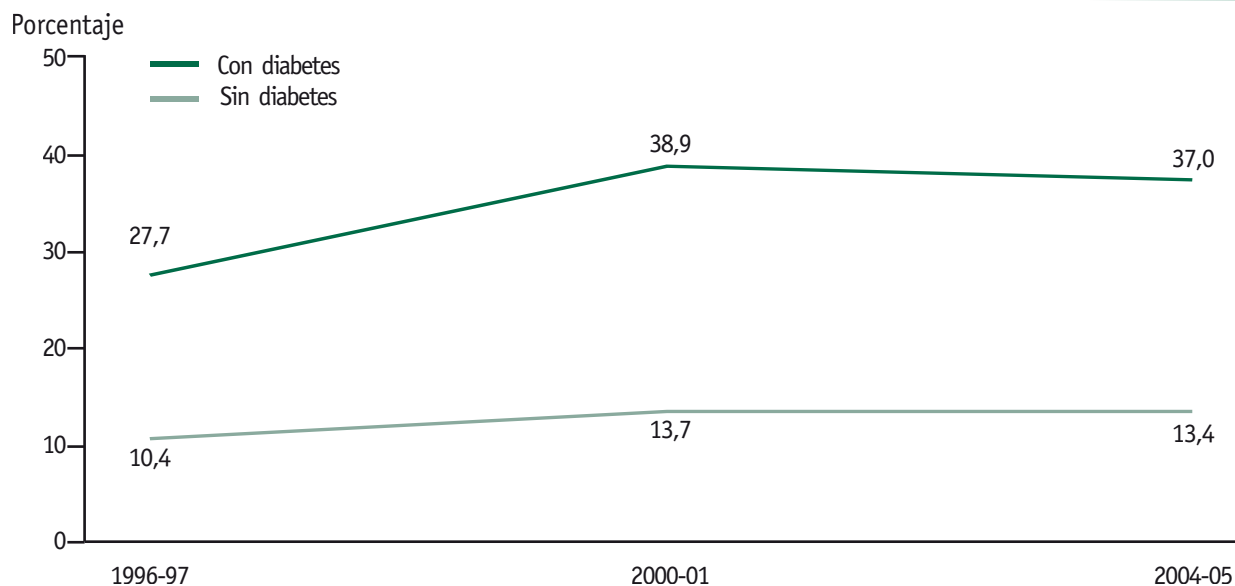
- a) **Actividad física habitual o laboral**, en base a la actividad que ocupa la mayor parte del día ya sea en el trabajo o labores del hogar. Si durante el tiempo laboral se está sentado la mayor parte del tiempo se clasifica como sedentario e inactivo.
- b) **La actividad física en tiempo libre**, según los criterios del PAPPS (Programa de

Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)<sup>18</sup> se considera activo a quien realiza al menos tres veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante treinta minutos o más cada vez.

- c) **Sedentarios las 24 horas del día**: aquellas personas sedentarias tanto en la ocupación habitual/laboral como en el tiempo libre (actividad física según criterios del PAPPS).

## GRÁFICO 4

**Evolución de la prevalencia (%) de hipertensión arterial en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



### 2.3.a) Actividad física habitual o laboral.

El 33,4% de los diabéticos son sedentarios en su actividad laboral, siendo más inactivos los hombres que las mujeres y en los grupos de edad más joven.

Las mujeres diabéticas son más activas en su ocupación laboral que las no diabéticas, mientras que no se observan diferencias en los hombres. En los diabéticos de mayor edad, los hombres son menos sedentarios en su actividad laboral que los no diabéticos, mientras que no hay diferencias en mujeres (tabla 6).

En personas con diabetes y sin diabetes, la frecuencia de inactivos durante la ocupación habitual/laboral aumenta en el periodo de estudio, con un mayor incremento en los diabéticos (21,0%) que en los no diabéticos (14,4%) (gráfico 5).

### 2.3.b) La actividad física en tiempo libre (recomendación del Papps).

El 88,3% de los diabéticos son inactivos, sin diferencias entre sexo e incrementándose progresivamente con la edad.

Las personas con diabetes son menos activas que los no diabéticos, siendo la diferencia mayor en los hombres. Al analizar por grupos de edad en ambos sexos no se observan diferencias significativas entre las personas con diabetes y no diabéticas en la realización de actividad física según las recomendaciones del Papps (tabla 7).

En los diabéticos, se aprecia un ligero aumento de la proporción de inactivos en tiempo libre (4,6%) desde la temporada 1996-1997 a la del 2004-2005, mientras que en los no diabéticos disminuye (3,0%) (gráfico 5).

**TABLA 6**

**Proporción de personas con y sin diabetes no activas<sup>(1)</sup> en la actividad laboral/habitual. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	33,4 (29,0-37,9)*	43,3 (42,4-44,2)	0,000
Sexo			
Hombres	44,4 (37,6-51,1)	49,4 (48,1-50,7)	0,141
Mujeres	22,4 (16,7-28,1)	37,5 (36,3-378,7)	0,000
Grupos de edad			
18-29	56,4 (39,6-73,3)	54,7 (53,1-56,3)	0,835
30-44	38,3 (28,6-48,0)	40,4 (38,9-41,9)	0,669
45-64	28,7 (23,4-34,0)	35,1 (33,6-36,6)	0,024
Hombres			
18-29	59,1 (36,3-81,9)	52,2 (49,9-54,5)	0,517
30-44	51,1 (35,7-66,4)	47,0 (44,8-49,3)	0,586
45-64	40,3 (32,2-48,3)	49,2 (46,8-51,6)	0,033
Mujeres			
18-29	52,9 (27,8-77,0)	57,4 (55,1-59,6)	0,714
30-44	28,3 (16,1-40,6)	34,0 (31,9-36,1)	0,360
45-64	16,4 (10,1-22,8)	22,7 (20,8-24,6)	0,079

<sup>(1)</sup> Estar sentado la mayor parte del tiempo durante la actividad habitual/laboral

\* Intervalo de confianza 95%

p<0,05 significación estadística

**TABLA 7**

**Proporción de personas con y sin diabetes no activas<sup>(2)</sup> en tiempo libre.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	88,3 (85,3-91,4)*	80,0 (79,3-80,7)	0,000
Sexo			
Hombres	87,7 (83,2-92,2)	76,1 (75,0-77,2)	0,000
Mujeres	89,0 (84,7-93,3)	83,7 (82,2-84,6)	0,033
Grupos de edad			
18-29	74,4 (59,4-89,3)	69,6 (68,1-71,1)	0,522
30-44	86,9 (80,1-93,8)	81,9 (80,7-83,1)	0,185
45-64	90,6 (87,2-94,0)	88,2 (87,2-89,2)	0,202
Hombres			
18-29	63,6 (41,3-86,0)	62,0 (59,7-64,2)	0,872
30-44	86,4 (76,9-96,5)	78,6 (76,8-80,4)	0,074
45-64	90,5 (85,6-95,4)	88,2 (86,7-89,8)	0,394
Mujeres			
18-29	88,2 (63,6-98,5)	77,3 (75,4-79,3)	0,284
30-44	85,0 (75,1-94,9)	85,1 (83,6-86,7)	0,976
45-64	90,7 (85,7-95,7)	88,1 (86,6-89,5)	0,343

<sup>(2)</sup> No realizar actividades moderadas, intensas, muy intensas 3 veces/semana 30 min. Cada vez

\* Intervalo de confianza 95%

p<0,05 significación estadística

### 2.3.c) Sedentarios 24 horas.

En las personas con diabetes hay una menor proporción de no activos en su ocupación habitual y en tiempo libre, debido fundamentalmente a que las mujeres diabéticas son menos sedentarias que las no diabéticas, siendo la frecuencia similar en los varones (tabla 8). Al igual

que en los anteriores indicadores sobre la actividad física, se observa una tendencia ascendente de la proporción de sedentarios las 24 horas del día, tanto en personas con diabetes como no diabéticas. Aumento porcentual del 13,5% en 2004-2005 respecto 1996-1997, en población diabética y del 28,6% en los no diabéticos (gráfico 5).

**TABLA 8**

**Proporción de personas con y sin diabetes sedentarias<sup>(3)</sup>. Población de 18-64 años.  
Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	29,1 (24,8-33,4)*	33,8 (32,9-34,6)	0,037
Sexo			
Hombres	37,4 (30,9-44,0)	36,8 (35,6-38,1)	0,855
Mujeres	20,7 (15,2-26,2)	30,9 (29,7 -32,1)	0,001
Grupos de edad			
18-29	38,5 (21,9-55,0)	38,0 (36,5-39,6)	0,957
30-44	34,6 (25,1-44,1)	32,7 (31,2-34,2)	0,683
45-64	26,0 (20,9-31,0)	30,8 (29,3-32,3)	0,078
Hombres			
18-29	31,8 (13,9-54,9)	31,5 (29,4-33,6)	0,974
30-44	44,7 (29,4-60,0)	36,7 (34,5-38,8)	0,262
45-64	36,1 (28,3-43,9)	42,6 (40,3-45,0)	0,110
Mujeres			
18-29	47,1 (23,0-72,2)	44,6 (42,3-46,9)	0,840
30-44	26,7 (14,6-38,7)	28,9 (26,9-30,9)	0,706
45-64	15,3 (9,2-21,4)	20,3 (18,5-22,1)	0,141

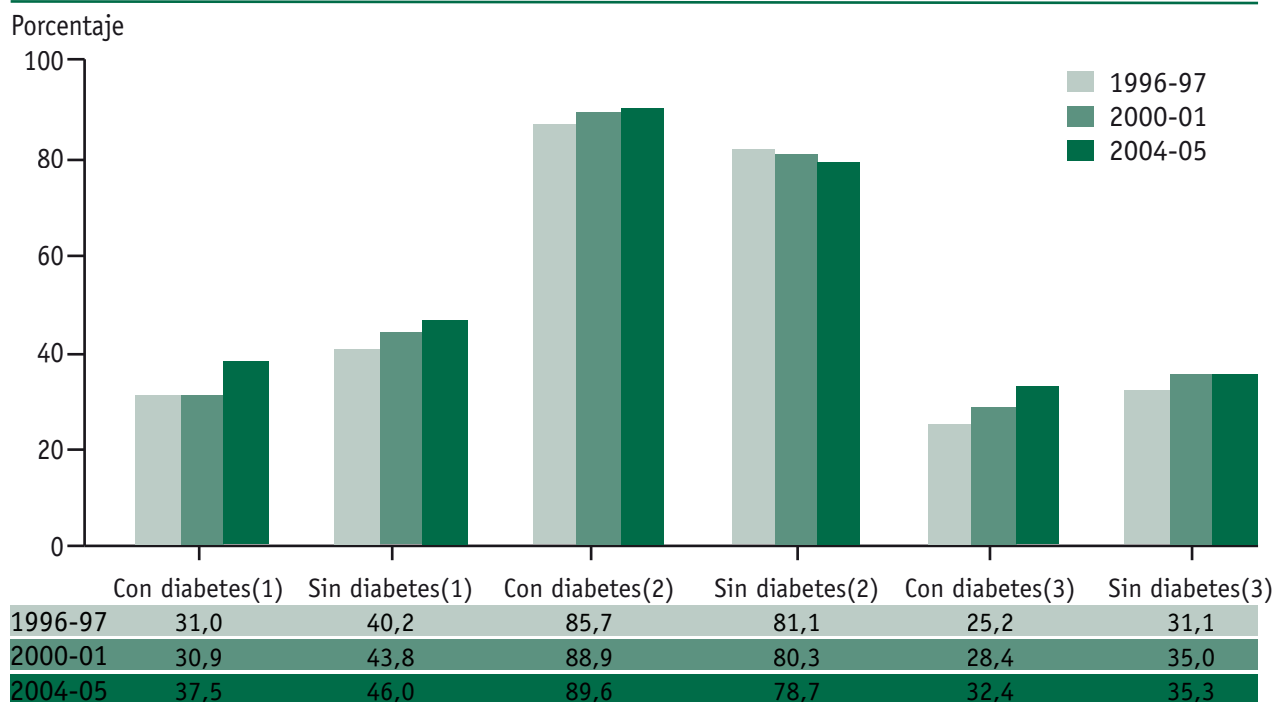
<sup>(3)</sup> Estar sentado durante la actividad habitual/laboral y no realizar actividades en tiempo libre

\* Intervalo de confianza 95%

p<0,05 significación estadística

## GRÁFICO 5

**Evolución de la proporción de personas con y sin diabetes no activas en la actividad laboral/habitual (1), no activas en tiempo libre(2), y sedentarias 24 horas(3). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



### 2.4. Consumo de tabaco

Se define fumadores actuales a aquellos que han fumado más de 100 cigarrillos y actualmente fuman bien a diario o de forma ocasional. Exfumadores: los que llevan un año sin fumar. Y los que nunca han fumado o han abandonado el hábito se consideran no fumadores actuales.

El 30,2% de los diabéticos son fumadores actuales y el 24% exfumadores. La proporción de fumadores es mayor en los varones y en el grupo de edad de 30-44 años. Entre los no diabéticos, el 38,4% son fumadores y el 18,3% son exfumadores, presentando una distribución por sexo y edad similar que las personas con diabetes.

Las mujeres diabéticas son menos fumadoras que las no diabéticas, no observándose diferencias en los hombres. En general, la proporción de no fumadores es similar entre diabéticos y no diabéticos. Por sexo, la proporción de los no fumadores es mayor en los hombres sin diabetes que con diabetes (37,0% vs 26,0%  $p=0,001$ ), mientras que en las mujeres diabéticas es más frecuente ser no fumadora que las no diabéticas (65,6% vs 49,2%,  $p=0,000$ ) (tabla 9)

En los hombres que se declaran diabéticos es mayor el porcentaje de exfumadores (34,4% vs 22,9%,  $p=0,000$ ), siendo similar en las mujeres diabéticas y no diabéticas (13,7% vs 14,0%,  $p=0,883$ ).

**TABLA 9**

**Prevalencia (%) de fumadores actuales en personas con y sin diabetes.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

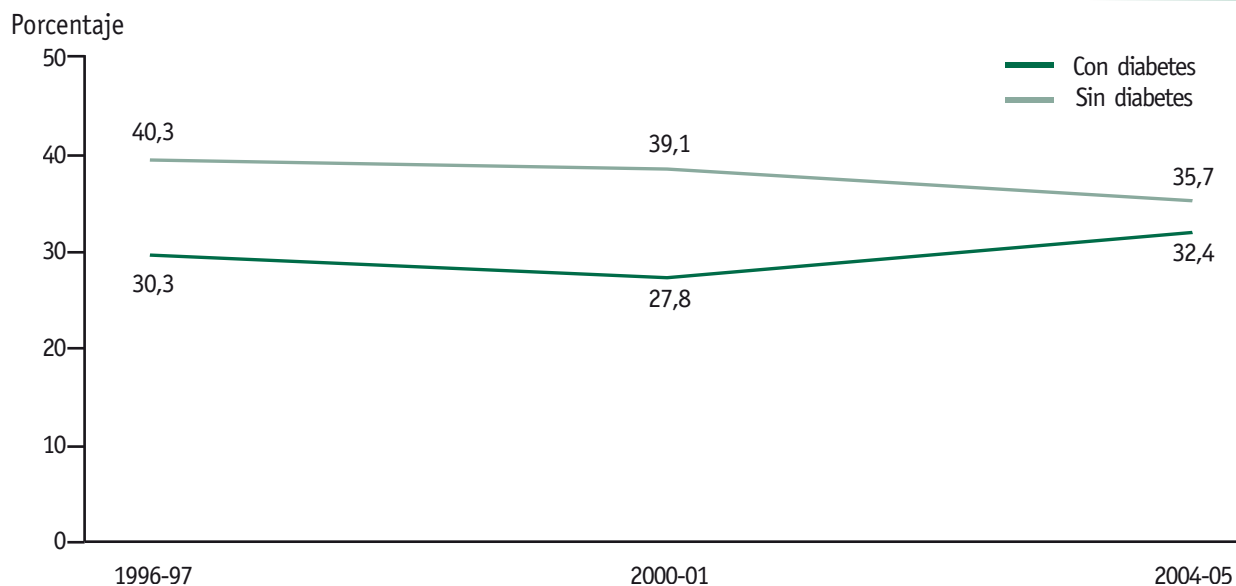
	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	30,2 (25,8-34,5)*	38,4 (37,5-39,3)	0,000
Sexo			
Hombres	39,6 (33,1-46,2)	40,2 (38,9-41,5)	0,878
Mujeres	20,7 (15,2-26,2)	36,8 (35,6-38,0)	0,000
Grupos de edad			
18-29	30,8 (15,0-46,5)	40,6 (39,0-42,2)	0,214
30-44	40,2 (30,4-49,9)	44,0 (42,5-45,5)	0,432
45-64	26,6 (21,5-31,7)	30,2 (28,7-31,7)	0,182
Hombres			
18-29	27,3 (10,7-50,2)	38,3 (36,0-40,5)	0,029
30-44	51,1 (37,7-66,4)	44,2 (42,0-46,4)	0,349
45-64	38,0 (30,1-45,9)	37,6 (35,4-39,9)	0,931
Mujeres			
18-29	35,3 (14,2-61,7)	42,9 (40,7-45,2)	0,526
30-44	31,7 (19,1-44,3)	43,8 (41,7-46,0)	0,060
45-64	14,7 (8,7-20,7)	23,7 (21,9-25,6)	0,011

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

En las personas con diabetes, la tendencia es ligeramente ascendente, con un aumento porcentual durante 2004-2005 con respecto a 1996-1997, del 6,9%. Sin embargo, en los no diabéticos, se aprecia una disminución del 11,4% (gráfico 6).

## GRÁFICO 6

**Evolución de la prevalencia (%) de fumadores actuales en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



### 2.5. Consumo de alcohol

Para el consumo de alcohol se consideran tres categorías: no bebedor, bebedor moderado (consumo diario de 1-49 cc/día en hombres y de 1-29 cc/día en mujeres) y bebedor de riesgo (◊50 cc./día en hombres y ◊30 cc./día en mujeres).

El 4,2% de los diabéticos son bebedores de riesgo y el 48,9% bebedores moderados. Al igual que en personas sin diabetes, la proporción de bebedores a riesgo y moderados es mayor en hombres y en jóvenes (tablas 10 y 11).

En global, el consumo de alcohol per cápita es de 58,3 cc en los diabéticos y del 72,8 cc en los no diabéticos (DM: 14,6 cc, IC 95%: 2,7-26,4;  $p=0,16$ ). Los hombres diabéticos consumen a la semana 95,4 cc y los no diabéticos 113,8 cc (DM: 18,4; IC95%: -2,1-38,9;  $p=0,079$ ). Las mujeres

diabéticas consumen a la semana 13,0 cc menos que las no diabéticas (21,3 vs 34,3; IC95%: 5,2-20,8;  $p=0,001$ ).

No se observan diferencias en el consumo de riesgo entre los diabéticos y no diabéticos. En relación al consumo moderado de alcohol, es menos frecuente entre los que se autodeclaran diabéticos, en ambos sexos y en el grupo de mayor edad (tablas 10 y 11).

Respecto a la evolución de ambos indicadores, la prevalencia de bebedores de riesgo disminuye progresivamente a lo largo del periodo, tanto en personas diabéticas (disminución del 16,7%) como no diabéticas (21,6%). Por el contrario, en el consumo moderado de alcohol se aprecia un incremento en ambas poblaciones, en diabéticos (aumento del 27,5%) y en no diabéticos (10,2%) (gráfico 7).



**TABLA 10**

**Prevalencia (%) de bebedores de riesgo en personas con y sin diabetes.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	4,2 (2,2-6,1)*	4,5 (4,1-4,9)	0,744
Sexo			
Hombres	6,6 (3,2-10,1)	6,8 (6,1-7,5)	0,905
Mujeres	1,8 (0,6-17,3)	2,3 (1,9-2,7)	0,574
Grupos de edad			
18-29	5,1 (0,6-17,3)	5,1 (4,4-5,8)	1,000
30-44	3,7 (1,0-9,3)	4,4 (3,8-5,0)	1,000
45-64	4,2 (1,8-6,6)	4,1 (3,5-4,1)	0,000
Hombres			
18-29	9,1 (1,2-29,2)	7,1 (5,9-8,3)	0,667
30-44	6,4 (1,3-17,5)	6,7 (5,6-7,8)	1,000
45-64	6,3 (2,2-10,4)	6,6 (5,5-7,8)	1,000
Mujeres			
18-29	0,0	3,0 (2,2-3,8)	--
30-44	1,7 (0,0-8,9)	2,2 (1,6-2,9)	1,000
45-64	2,0 (0,4-5,7)	1,8 (1,2-2,5)	0,754

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

**TABLA 11**

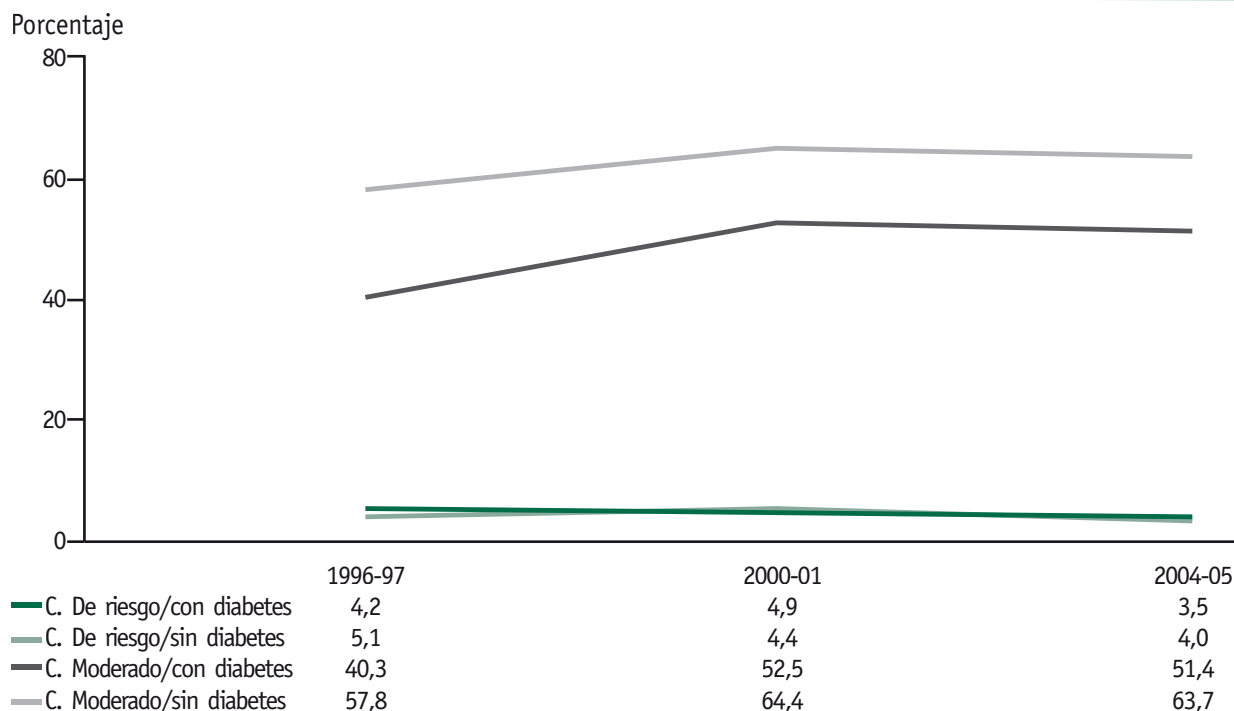
**Prevalencia (%) de bebedores moderados en personas con y sin diabetes.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	48,9 (44,3-53,5)*	61,9 (61,0-62,8)	0,000
Sexo			
Hombres	62,6 (56,0-69,1)	73,2 (72,0-74,4)	0,000
Mujeres	35,2 (28,8-41,7)	51,3 (50,0-52,6)	0,000
Grupos de edad			
18-29	71,8 (56,4-87,2)	67,4 (65,9-68,9)	0,562
30-44	52,3 (42,4-62,3)	62,8 (61,3-64,3)	0,027
45-64	44,8 (39,9-50,5)	55,6 (54,0-57,2)	0,000
Hombres			
18-29	68,2 (45,1-86,1)	75,3 (73,4-77,3)	0,439
30-44	68,1 (53,7-82,5)	74,3 (72,4-76,3)	0,332
45-64	60,1 (52,2-68,1)	69,6 (67,4-71,7)	0,014
Mujeres			
18-29	76,5 (50,1-93,2)	59,5 (57,2-61,7)	0,155
30-44	40,0 (26,8-53,2)	51,9 (49,7-54,0)	0,070
45-64	28,7 (21,1-36,2)	43,3 (41,1-45,5)	0,000

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

## GRÁFICO 7

**Evolución de la prevalencia (%) de bebedores de riesgo y de bebedores moderados en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



## 2.6. Sobrepeso y Obesidad

La obesidad se define en base al índice de masa corporal (IMC), calculado a partir del peso y la talla autodeclarados (cociente del peso en Kg/talla en m<sup>2</sup>). En función del IMC se clasifica el sobrepeso cuando el IMC es  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup> y obesidad si el IMC es  $\geq 30$ .

El 37,1% de las personas con diabetes presentan sobrepeso, mayor en varones e incrementándose con la edad. En comparación con las personas no diabéticas la prevalencia de sobrepeso es mayor en los diabéticos, siendo esta diferencia superior en las mujeres (tabla 12).

La prevalencia de obesidad en las personas con diabetes (21,3%) es muy superior a las no diabéticas (6,7%), principalmente entre las mujeres y a partir de los 30 años. Mientras que los no diabéticos, los varones son más obesos que en las mujeres, en la población diabética son las mujeres (tabla 13).

En las personas con diabetes, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta un 20,3% y un 30,7% respectivamente comparando la prevalencia de la temporada 2004-2005 con la de 1996-1997. En los no diabéticos el sobrepeso muestra poca variabilidad, mientras que la proporción de obesos se incrementa (28,8%) (gráfico 8).

**TABLA 12**

**Prevalencia (%) de sobrepeso ( $IMC \geq 25 < 30 \text{ Kg/m}^2$ ) en personas con y sin diabetes.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	37,1 (32,5-41,7)*	29,8 (29,0-30,6)	0,000
Sexo			
Hombres	44,1 (37,4-50,7)	39,9 (38,6-41,2)	0,209
Mujeres	30,0 (23,7-36,3)	20,1 (19,1-21,1)	0,000
Grupos de edad			
18-29	23,1 (8,5-37,6)	16,3 (15,1-17,5)	0,252
30-44	31,1 (21,8-40,4)	31,2 (29,8-32,6)	0,986
45-64	41,1 (35,3-46,8)	41,4 (39,9-43,1)	0,898
Hombres			
18-29	22,7 (7,8-45,4)	24,0 (22,1-26,0)	0,886
30-44	40,4 (25,3-55,5)	45,4 (43,2-47,6)	0,498
45-64	48,1 (40,0-56,2)	50,3 (48,0-52,7)	0,590
Mujeres			
18-29	23,5 (6,8-49,9)	8,4 (7,2-9,7)	0,051
30-44	23,7 (12,0-35,4)	17,6 (16,0-19,3)	0,227
45-64	33,7 (25,3-41,4)	33,5 (31,4-35,6)	0,970

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

**TABLA 13**

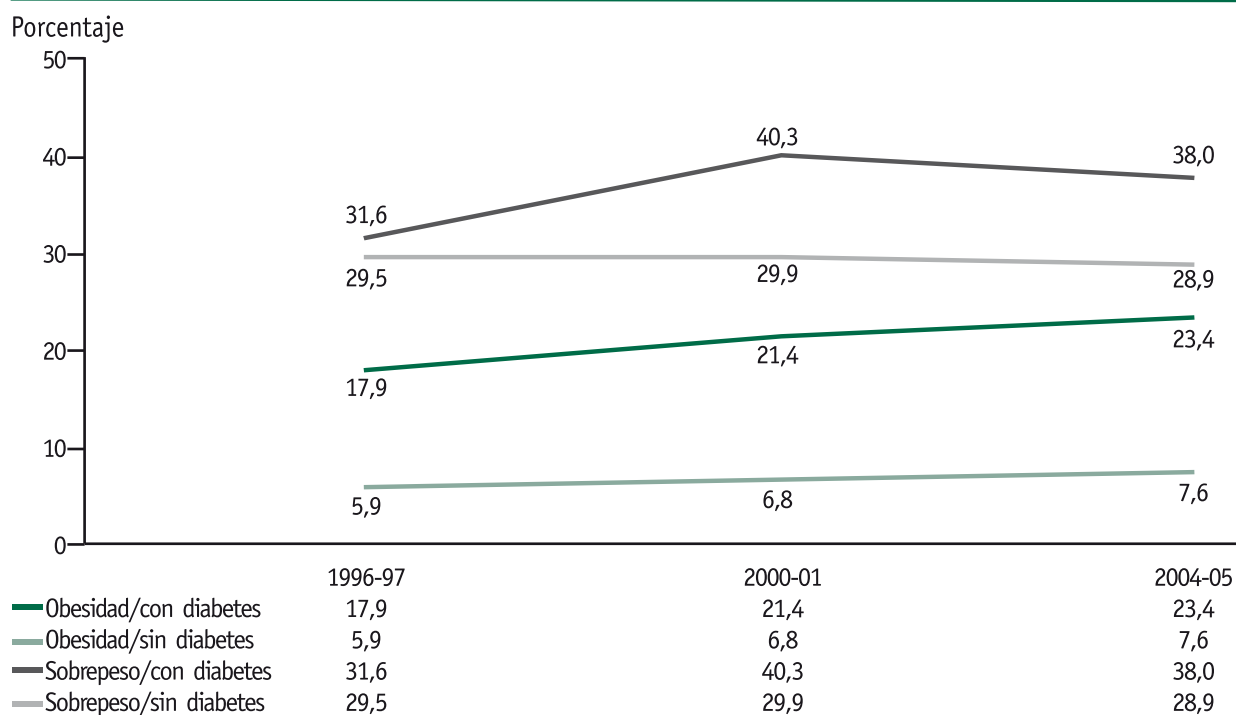
**Prevalencia (%) de obesidad ( $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ ) en personas con y sin diabetes.  
Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	21,3 (17,3-25,2)*	6,7 (6,2-7,2)	0,000
Sexo			
Hombres	18,5 (13,2-23,8)	7,7 (7,0-8,4)	0,000
Mujeres	24,1 (18,2-30,0)	5,8 (5,2-6,4)	0,000
Grupos de edad			
18-29	5,1 (0,6-17,3)	2,3 (1,8-2,8)	0,242
30-44	17,0 (9,4-24,6)	6,2 (5,5-6,9)	0,000
45-64	24,8 (19,8-29,9)	11,8 (10,8-12,8)	0,000
Hombres			
18-29	4,5 (0,1-2,8)	3,3 (2,5-4,1)	0,524
30-44	19,1 (6,8-31,5)	9,0 (7,8-10,3)	0,035
45-64	20,3 (13,7-26,8)	10,8 (9,3-12,2)	0,001
Mujeres			
18-29	5,9 (0,2-28,7)	1,3 (0,8-1,8)	0,206
30-44	15,3 (5,2-25,3)	3,4 (2,6-6,4)	0,000
45-64	29,9 (2,0-37,7)	12,6 (11,2-14,1)	0,000

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

## GRÁFICO 8

**Evolución de la prevalencia (%) de sobrepeso y obesidad\* en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



\* Sobrepeso:  $IMC \geq 25$  <  $30 \text{ Kg/m}^2$ ; Obesidad:  $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$

### 2.7. Alimentación

Para conocer los hábitos alimentarios se pregunta por los alimentos principales que componen los platos en las diferentes comidas practicadas el día anterior a la realización de la encuesta. Se valora el patrón de consumo, calculando el número de raciones de cada grupo de alimentos al día.

La alimentación de las personas con diabetes debe ser igual que las de personas sanas, es decir una dieta equilibrada. Se aconseja tomar hidratos de carbono procedentes de cereales, frutas, vegetales y leche desnatada, así como un elevado consumo de fibra.

Se ha definido dieta equilibrada a través de 2 indicadores:

- Consumo de tres o más raciones diarias de frutas frescas y verduras.
- Consumo de tres o más raciones diarias frutas frescas y verduras y además consumir menos de dos raciones de productos cárnicos (dieta desequilibrada).

#### 2.7.a) El consumo de menos de tres raciones diarias de frutas frescas y verduras

Es más frecuente en las personas no diabéticas que diabéticas. En ambas poblaciones, el consumo de frutas y verduras es mayor en las mujeres que en los varones, y va incrementándose con la edad en las personas no diabéticas, mientras que en los diabéticos el consumo es menor en el grupo de 30-44 años (tabla 14).

TABLA 14

Proporción de personas con y sin diabetes que consumen menos de tres raciones/día de frutas frescas y verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	43,2 (38,6-47,8)*	61,9 (61,0-62,8)	0,000
Sexo			
Hombres	46,7 (40,2-53,2)	67,2 (66,0-68,4)	0,000
Mujeres	39,6 (33,2-46,0)	56,8 (55,5-58,1)	0,000
Grupos de edad			
18-29	46,2 (29,2-63,1)	74,6 (73,2-76,0)	0,000
30-44	63,6 (54,0-73,1)	62,1 (60,6-63,6)	0,758
45-64	35,7 (30,2-41,2)	49,1 (47,5-50,7)	0,000
Hombres			
18-29	50,0 (26,8-73,2)	78,5 (76,6-80,4)	0,001
30-44	70,2 (56,1-84,4)	68,2 (66,2-70,3)	0,775
45-64	39,2 (31,3-47,2)	54,1 (51,8-56,4)	0,000
Mujeres			
18-29	41,2 (18,4-67,1)	70,6 (68,5-72,7)	0,008
30-44	58,3 (45,0-71,6)	56,2 (54,1-58,4)	0,746
45-64	32,0 (24,2-39,8)	44,7 (42,5-46,9)	0,002

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

La proporción de personas que consumen menos de 3 raciones/día de frutas y verduras aumenta en el periodo 1996-2005 en los diabéticos (aumento del 39,3%), mientras que se mantiene estable en los no diabéticos (gráfico 9).

### 2.7.b) Consumo de menos de tres raciones diarias de frutas frescas y verduras y más de 2 raciones diarias de cárnicos

La dieta desequilibrada es menos frecuente en las personas que se autodeclaran diabéticas que

las no diabéticas (17,6% vs 27,9%). Por grupos de edad, es en los mayores donde se observan diferencias en este tipo de consumo (tabla 15).

En la evolución de este indicador, se observa un aumento de la proporción de personas diabéticas que realizan una alimentación desequilibrada, mientras que en los no diabéticos desciende (gráfico 9).

**TABLA 15**

**Proporción de personas con y sin diabetes que consumen menos de tres raciones/día de frutas frescas y verduras de cárnicos y más de dos raciones/día. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

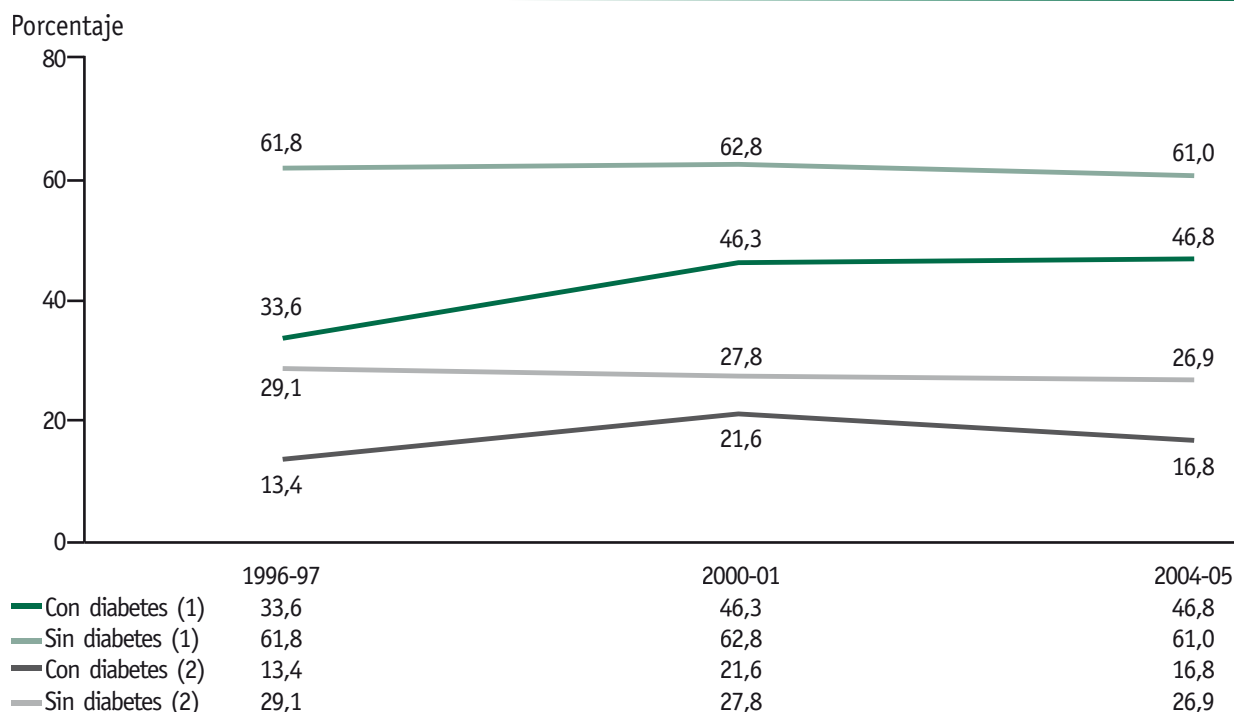
	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	17,6 (14,0-21,2)*	27,9 (27,1-28,7)	0,000
Sexo			
Hombres	19,4 (14,0-24,7)	33,9 (32,7-35,1)	0,000
Mujeres	15,9 (10,9-20,8)	22,2 (21,1-23,3)	0,023
Grupos de edad			
18-29	25,6 (10,7-40,6)	36,2 (34,7-37,7)	0,172
30-44	26,2 (17,4-35,0)	28,3 (26,9-29,7)	0,624
45-64	13,6 (9,6-17,6)	19,4 (18,1-20,7)	0,014
Hombres			
18-29	31,8 (13,9-54,9)	42,3 (40,1-44,6)	0,320
30-44	27,7 (13,8-41,5)	34,3 (32,2-36,4)	0,334
45-64	15,2 (9,3-21,1)	24,7 (22,7-26,8)	0,007
Mujeres			
18-29	17,6 (3,8-43,4)	30,1 (28,0-32,2)	0,266
30-44	25,0 (13,2-36,8)	22,7 (20,9-24,5)	0,672
45-64	12,0 (6,5-17,5)	14,6 (13,0-16,2)	0,382

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística



## GRÁFICO 9

**Evolución de la proporción de las personas con y sin diabetes con un consumo de frutas frescas y verduras menor de 3 raciones/día(1), y que consumen menos de tres raciones/día de frutas frescas y verduras y más de dos raciones/día de cárnicos(2) . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



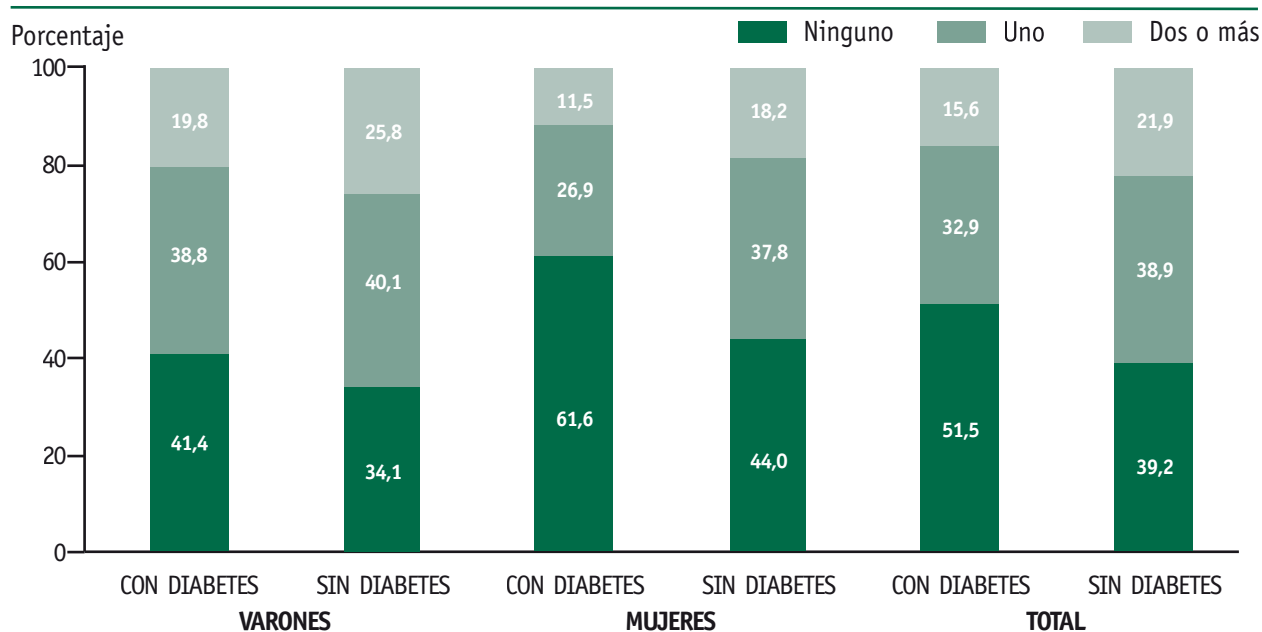
## 2.8. Agregación de factores de riesgo ligados al estilo de vida

Se han seleccionado como factores de riesgo: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. Como indicadores de cada uno de ellos se ha seleccionado: ser fumador actual y bebedor de riesgo para el consumo de tabaco y alcohol, respectivamente. En la actividad física, se ha seleccionado las personas que permanecen inactivas las 24h del día. Y como indicador de alimentación la dieta desequilibrada, es decir consumir menos de 3 raciones/día de frutas frescas y verduras y además consumir 2 o más raciones de productos cárnicos.

Tanto en población diabética como no diabética, lo más frecuente es tener uno o ningún factor de riesgo. En ambas poblaciones, es en los varones donde la agregación es mayor, pero con diferencias según la edad. En el grupo de edad más joven, la agregación de dos más factores de riesgo es similar en ambos sexos en los no diabéticos, mientras que en las personas con diabetes la agregación es mayor en las mujeres que en los hombres. En los otros grupos de edad, la agregación de factores de riesgo es superior en los varones, en diabéticos y no diabéticos (gráfico 10).

## GRÁFICO 10

Distribución porcentual de factores de riesgo ligados al estilo de vida en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.



En las personas con diabetes la agregación de 2 o más factores de riesgo es menor que en los no diabéticos (15,6% vs 21,9%), diferencia que se observa tanto a nivel global como en ambos sexos. Al analizar por grupos de edad no se percibe diferencias significativas en ningún grupo tanto en general como en hombres y mujeres (tabla 16).

Con respecto a la evolución de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo, se observa un ligero descenso, con una disminución porcentual durante 2004-2005 con respecto 1996-1997, del 13,1% en personas que refieren ser diabéticas y del 10% en las que no son diabéticas (gráfico 11).

**TABLA 16**

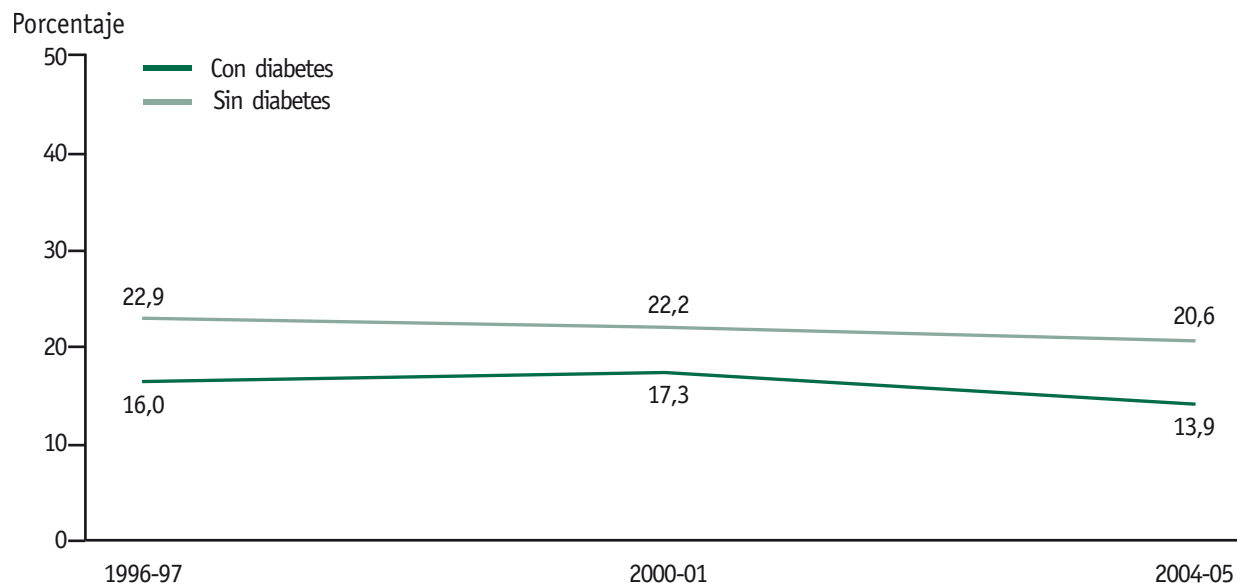
**Proporción de personas con y sin diabetes con agregación de 2 o más factores de riesgo ligados al estilo de vida. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Total	15,6 (12,2-19,1)*	21,9 (21,1-22,7)	0,001
Sexo			
Hombres	19,8 (14,4-25,2)	25,8 (24,7-27,0)	0,042
Mujeres	11,5 (7,1-15,8)	18,2 (17,2-19,2)	0,009
Grupos de edad			
18-29	28,2 (12,8-43,6)	26,4 (24,9-27,8)	0,795
30-44	23,4 (14,9-31,8)	24,0 (22,6-25,3)	0,887
45-64	11,4 (7,7-15,1)	15,3 (14,2-16,5)	0,062
Hombres			
18-29	22,7 (7,8-45,4)	26,6 (24,6-28,6)	0,683
30-44	31,9 (17,5-46,3)	28,5 (26,5-30,5)	0,612
45-64	15,8 (9,8-21,8)	22,0 (20,1-24,0)	0,068
Mujeres			
18-29	35,3 (14,2-61,7)	26,1 (24,1-28,2)	0,393
30-44	16,7 (6,4-26,9)	19,6 (17,9-21,3)	0,571
45-64	6,7 (2,3-11,0)	9,4 (8,1-10,7)	0,266

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

## GRÁFICO 11

**Evolución de la proporción de personas con y sin diabetes con agregación de dos o más factores de riesgo ligados al estilo de vida. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



### 3. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

#### 3.1. Consejo médico de deshabituación tabáquica

El consejo para dejar de fumar efectuado por el médico, se pregunta en el SIVFRENT solo a los fumadores diarios.

El consejo de deshabituación tabáquica se realiza más frecuentemente en personas con diabetes que en no diabéticas, manteniéndose las diferencias en ambos sexos (tabla 17).

En general, los hombres reciben con mayor frecuencia consejo médico que las mujeres, aunque la diferencia en población diabética no es significativa ( $p=0,221$ ), siendo significativa en los no diabéticos ( $p=0,000$ ).

Durante el período 1996-2005, la proporción de personas fumadoras que reciben consejo médico para dejar el hábito, se mantiene con poca variabilidad en las personas con diabetes, mientras que se aprecia una evolución favorable en los no diabéticos, con un incremento del 33,7% comparando los años 2004-2005 respecto a 1996-1997 (gráfico 12).

**TABLA 17**

**Consejo médico de deshabituación tabáquica en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

CONSEJO MÉDICO	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
No	n=43 36,7%	n=2346 56,1%	0,000	n=25 30,9%	n=1133 54,5%	0,000	n=18 41,9%	n=1213 60,6%	0,013
Si	n=81 65,3%	n=1734 41,5%		n=56 69,1%	n=944 45,5%		n=25 58,1%	n=790 39,4%	

Comparación de proporciones X<sup>2</sup>; p < 0,05 significación estadística

### 3.2. Control de la tensión arterial

Se establece en base a si alguna vez un médico o enfermera le ha tomado la tensión arterial y cuándo fue la última vez que se la tomó.

El control de la tensión arterial se realiza con mayor frecuencia en diabéticos (98,9%) que en no diabéticos (95,2%) (p=0,000), siendo mayor la diferencia entre los hombres diabéticos y no diabéticos (98,7% vs 94,4%, p=0,005) que entre las mujeres (99,1% vs 96,0%, p=0,016).

**TABLA 18**

**Frecuencia del control de la tensión arterial entre personas con y sin diabetes. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

CONSEJO MÉDICO	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
<6 meses	n=355 79,1%	n=6408 58,1%	0,000	n=180 80,4%	n=3044 57,4%	0,000	n=175 77,8%	n=3364 58,9%	0,000
6-12 m	n=38 8,5%	n=2093 19,0%	0,000	n=18 8,0%	n=1085 20,4%	0,000	n=20 8,9%	n=1008 17,6%	0,001
>12 m	n=56 12,5%	n=2521 22,9%	0,000	n=26 11,6%	n=1177 22,2%	0,000	n=30 13,3%	n=1344 23,5%	0,000

Comparación de proporciones X<sup>2</sup>; p < 0,05 significación estadística

Si analizamos si hay diferencias entre sexo en la misma población, se observa que en los diabéticos el control de la TA es similar en hombres y mujeres, mientras que en los no diabéticos es más frecuente en las mujeres ( $p=0,000$ ).

Entre los que si se controla la tensión arterial, tanto en los diabéticos como en los no diabéticos la toma de tensión arterial se realiza de forma más habitual en los últimos 6 meses, siendo más frecuente en la población con diabetes (tabla 18).

En relación a la tendencia del control de la tensión arterial, en las personas con diabetes autoreferida se reduce ligeramente con respecto a la frecuencia observada desde 1996-1997. Sin embargo, en los no diabéticos se aprecia un ligero incremento. Respecto a la evolución de la proporción de personas con medición de la tensión arterial en los últimos 12 meses, se describe pocos cambios a lo largo del periodo (gráfico 12).

### 3.2. Control del nivel de colesterol

Se establece en base si alguna vez le han revisado el nivel de colesterol y cuándo fue la última vez.

El control del nivel de colesterol se efectúa con mayor asiduidad en la población con diabetes que en la no diabética (96,0% vs 90,3%,  $p=0,000$ ), siendo más significativa la diferencia entre las mujeres (97,8% vs 91,9%,  $p=0,001$ ) que entre los hombres diabéticos y no diabéticos (94,3% vs 88,7%,  $p=0,009$ ).

No se observan diferencias en la revisión del nivel de colesterol entre hombres y mujeres en la población diabética, mientras que en los no diabéticos es más frecuente el control en las mujeres ( $p=0,000$ ).

En los que se les ha medido el nivel de colesterol, tanto en los diabéticos como en los no diabéticos los niveles de colesterol se miden con mayor frecuencia en los últimos 6 meses, siendo mayor en la población con diabetes (tabla 19).

## TABLA 19

**Frecuencia del control del nivel de colesterol en personas con y sin diabetes. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

CONSEJO MÉDICO	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
<6 meses	n=328 75,2%	n=5199 49,7%	0,000	n=163 76,2%	n=2410 48,3%	0,000	n=165 74,3%	n=2789 51,0%	0,000
6-12 m	n=66 15,1%	n=2582 24,7%	0,000	n=34 15,9%	n=1287 25,8%	0,001	n=32 14,4%	n=1295 23,7%	0,001
>12 m	n=40 9,2%	n=2526 24,2%	0,000	n=16 7,5%	n=1211 24,3%	0,000	n=24 10,8%	n=1315 24,0%	0,000

Comparación de proporciones X2;  $p < 0,05$  significación estadística

En la evolución del control de las cifras de colesterol no se aprecia grandes cambios en las personas con diabetes, ya que comparando la oleada 2004-2005 con la del 1996-1997 aumenta un 2,2%. En los no diabéticos, el incremento es algo mayor 9,9%. Y en relación si se mide en nivel del colesterol en los últimos 12 meses, se aprecia una evolución desfavorable en personas con diabetes (disminución del 6,1% en 2004-2005 con respecto 1996-1997), mientras que en las personas no diabéticas aumenta un 7,7% (gráfico 12).

## 4. MEDIDAS TERAPEÚTICAS

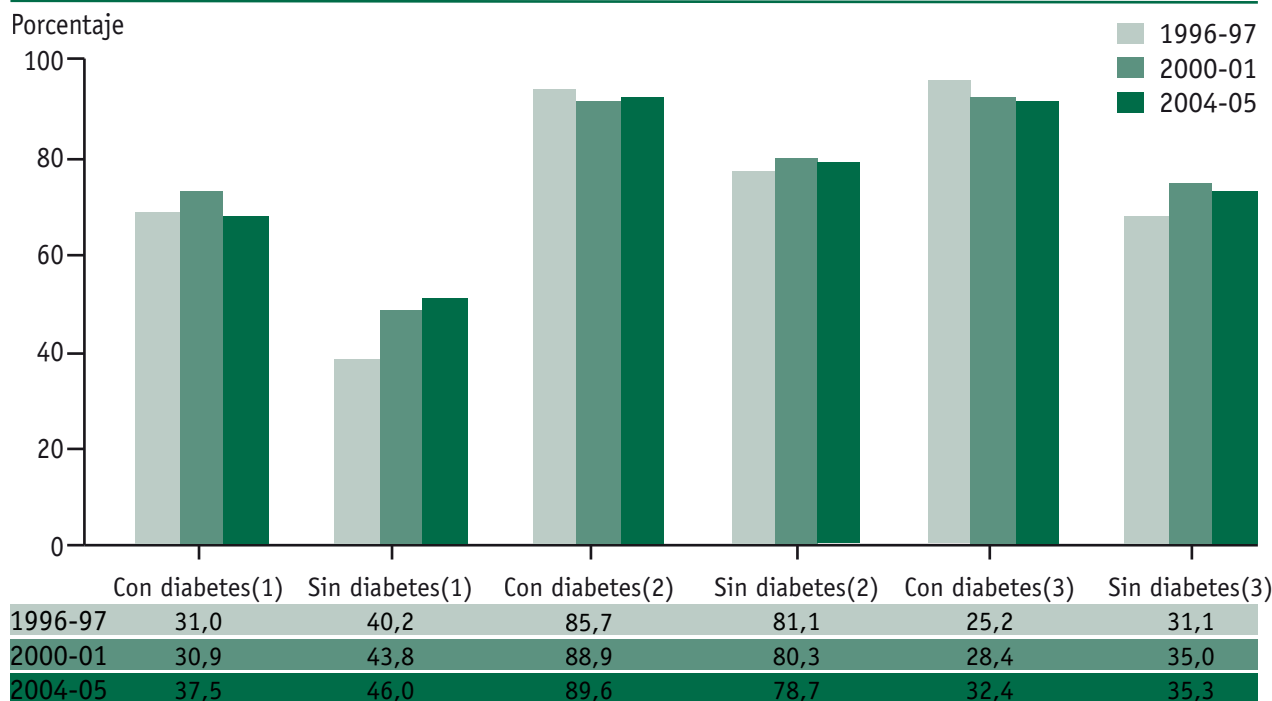
### 4.1 Tratamiento antidiabético.

A las personas con DM autoreferida, se les pregunta que tratamiento realizan para controlar sus cifras de glucosa: dieta, fármacos orales y/o insulina.

El 32,4% de las personas que se autodeclaran diabéticas no realizan ninguna medida de control, con una mayor proporción en mujeres que en hombres aunque de forma no significativa ( $p=0,09$ ). La toma de antidiabéticos orales es el tratamiento que se realiza más frecuentemente (gráfico 13).

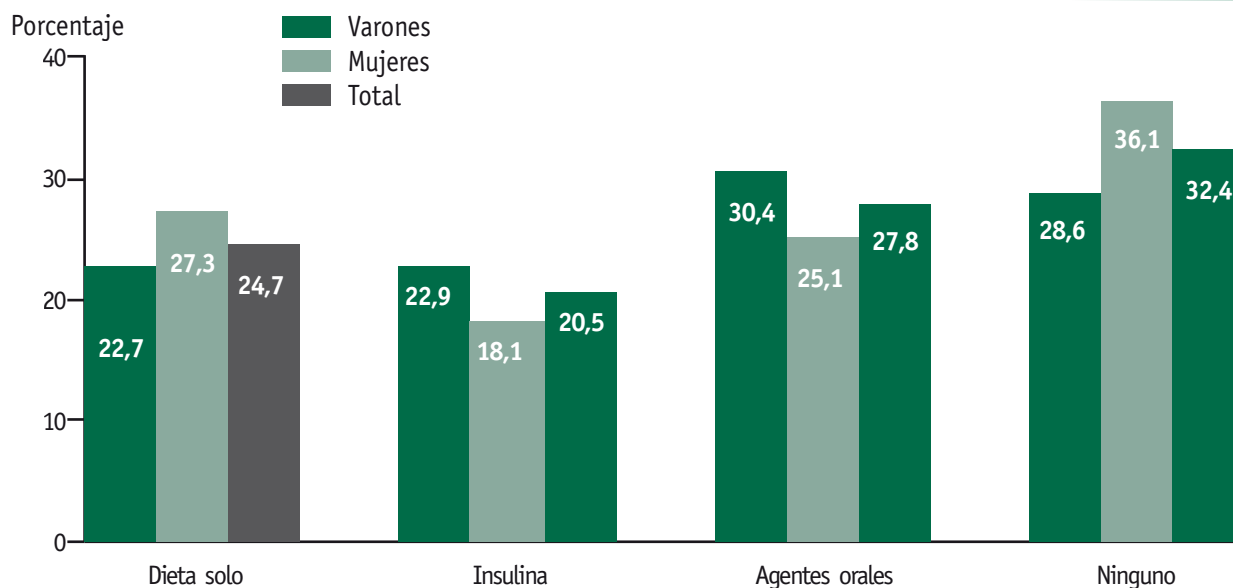
## GRÁFICO 12

**Evolución de las actividades preventivas realizadas en personas con y sin diabetes. Consejo médico de deshabituación tabaquica (1). Medición de la tensión arterial en los últimos 12 meses (2). Medición del nivel de colesterol en los últimos 12 meses (3). Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**



## GRÁFICO 13

Proporción de personas con diabetes mellitus que realizan medidas de control del nivel de glucosa. Población de 18-64 años Comunidad de Madrid, 1996-2005.



### 4.2. Tratamiento antihipertensivo e hipolipemiante (datos solo disponible en la oleada 2004-2005).

En general las personas diabéticas realizan medidas para controlar la tensión arterial y el colesterol más frecuentemente que los no diabéticos. En particular, la toma de fármacos antihipertensivos e hipolipemiantes es significativamente mayor en los diabéticos (tablas 20 y 21).

### Conclusiones

- En el periodo 1996-2005, la prevalencia de DM autoreferida por el entrevistado es del 3,8%, sin variaciones por sexo e incrementándose con la edad
- La prevalencia de DM autoreferida aumenta un 43,3% desde 1996-97 al 2004-2005
- La prevalencia de diabetes gestacional auto-referida es del 5,1%, con una tendencia creciente en el periodo estudiado
- La prevalencia de diabetes es superior en las personas con menor nivel de estudios. Y por clase social, únicamente en las mujeres la prevalencia de diabetes mellitus es mayor en las clases sociales mas baja
- La prevalencia de hipercolesterolemia es mayor en personas con diabetes que en no diabéticas (37% vs 15%), diferencias que se mantiene en ambos sexos. Los niveles altos de colesterol es más frecuente en los hombres tanto con diabetes como sin diabetes
- Las personas con diabetes refieren con más frecuencia ser hipertensas que las no diabéticas (35,2% vs 12,5%). En ambas



TABLA 20

**Medidas para el control de la hipertensión arterial en personas con y sin diabetes e hipertensos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

MEDIDAS DE CONTROL	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Fármacos	n=48	n=258	0,000
Antihipertensivos	75% (63,6-86,4)*	50,1% (45,7-54,5)	
Control de peso	n=33	n=219	0,169
	51,6% (38,4-64,6)*	42,5% (38,2-46,9)	
Disminución sal	n=38	n=286	0,559
	59,4 (46,6-72,2)	55,5 (51,1-59,9)	
Ejercicio	n=24	n=178	0,642
	37,5 (24,9-50,1)	34,6 (30,4-38,8)	
Ninguna	n=10	n=153	0,018
	15,6 (5,9-25,3)	29,7 (25,7-33,8)	

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

poblaciones, no se observa diferencia en la prevalencia de hipertensión arterial por sexo.

- Los diabéticos son menos activos en tiempo libre, sobre todo los hombres. En la actividad laboral son menos sedentarios que los no diabéticos, mayormente las mujeres.
- El 30,2% de las personas con diabetes son fumadores activos, y en no diabéticos es del 38,4%, debido fundamentalmente a las

diferencias en el consumo de tabaco en las mujeres diabéticas y no diabéticas (20,7% vs 36,8%) ya que entre los hombres el consumo es similar.

- En general, el consumo moderado de alcohol es menor entre los que autodeclaran diabéticos, y al igual que en los no diabéticos es más frecuente en hombres y en edades jóvenes.
- Más de la tercera parte de la población diabética tienen sobrepeso (IMC  $\geq$  25 < 30

TABLA 21

**Medidas para el control de la hipercolesterolemia en personas con y sin diabetes e hipercolesterolémico. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1996-2005.**

MEDIDAS DE CONTROL	DIABÉTICOS	NO DIABÉTICOS	P
Fármacos	n=41	n=139	0,000
Hipolipemiantes	56,2% (44,1-68,2)*	23,5% (20,0-27,0)	
Dieta baja en grasas	n=50 68,5% (57,2-79,8)	n=348 58,9% (54,8-62,9)	0,114
Ejercicio	n=28 38,4% (26,5-50,2)	n=208 35,2% (31,3-39,1)	0,594
Ninguna	n=14 19,2% (9,5-28,9)	n=195 33,0% (29,1-36,9)	0,016

\* Intervalo de confianza 95%  
p<0,05 significación estadística

- Kg/m<sup>2</sup>), siendo más frecuente en los hombres y en el grupo de edad de 45-64 años; y el 21,3% son obesos (IMC  $\geq$  30 Kg/m<sup>2</sup>). Tanto la prevalencia de sobrepeso como de obesidad es más frecuente en diabéticos que en no diabéticos, siendo la diferencia mayor en mujeres.
- La alimentación desequilibrada, entendida como consumir menos de 3 raciones/día de frutas y verduras y más de 2 raciones/día de productos cárnicos, se realiza con más frecuencia en las personas no diabéticas que en las diabéticas (27,9% vs 17,6%).
- La agrupación de factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo y dieta desequilibrada) es más frecuente en los hombres y en edades jóvenes, tanto en la población diabética como no diabética. En ambas lo más habitual es tener 1 o ningún factor de riesgo. En las personas con diabetes la agrupación de 2 más factores de riesgo es menos frecuente que en las no diabéticas.
- El consejo médico de deshabitación tabaquica, así como en control de la tensión arterial y del nivel de colesterol se realiza con mayor frecuencia en las personas con diabetes.

- El 32,4% de las personas con diabetes no realizan ningún tratamiento dietético y/o farmacológico para controlar su diabetes. Entre los que llevan un control la toma de hipoglucemiantes orales es lo más habitual, seguido de la dieta.
  - A pesar que la proporción de fumadores es menor en las personas con diabetes que en los no diabéticos, y los indicadores de abandono del hábito y consejo antitabaquico son más altos entre las personas con diabetes, estas cifras están aun lejos de alcanzar los objetivos del control del tabaquismo.
  - Aunque para el control de la DM es fundamental llevar una alimentación adecuada y realizar ejercicio físico de forma regular, se observa una alta prevalencia de sedentarios en tiempo libre y de alimentación desequilibrada en las personas con DM autodeclarada.
  - En la población diabética se observa una evolución desfavorable de los indicadores relacionados con los factores de riesgo cardiovascular, con un incremento de sedentarios y de fumadores.
  - Las actividades preventivas para el control del hábito tabaquico, del nivel colesterol y de la tensión arterial, se realiza más frecuentemente en las personas con DM. Sin embargo, a lo largo del periodo se aprecia una relajación en la realización de estas medidas en la población diabética, mejorando en los no diabéticos.
2. Artola Menéndez S, López García-Franco A. Prevención de la diabetes. La Medicina Hoy 2001;Vol LX N°1372: 39-45.
  3. Informe: Incidencia y Prevalencia de Diabetes Mellitus en la Comunidad de Madrid, 2000-2001. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002; Vol 8 N° 12.
  4. Godoy A, Delgado E, Díaz Cadórniga F, de Pablo P, Vázquez J.A, Soto E. Epidemiología de la Diabetes tipo 2 en España. Endocrinol Nutr 2002; 49(4): 113-26.
  5. Grupo de trabajo "Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes". Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Recomendaciones del grupo de trabajo Diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes. Av Diabetol 2004; 20: 13-18.
  6. Mediavilla Bravo JJ. Enfermedad cardiovascular en la diabetes mellitus. SEMERGEN DoC.
  7. UKPDS 23. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin-depend diabetes. BMJ 1998; 316: 823-828.
  8. MIDIA Research Group. R. García Mayor, P. Benito López, E. Faure et all. Cardiovascular risk factors in type 2 diabetic patients in Spain. Av Diabetol 2003; 19:161-165.
  9. UKPDS 33. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet 1998; 352: 837-53.
  10. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2003; 348 (5): 383-93.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herranz de la Morena L, Pallardo Sánchez L.F. Prevención de la diabetes tipo 2. Av Diabetol 2002; 18:11-16.

11. Gallego Fuentes RJ. Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de atención primaria. *Av Diabetol* 2002; 18: 84-93.
12. Fernández Fernández I, Ortega Millán C, Martín Manzano J.L, Rodríguez Pappalardo V. Diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2002; 29 (2):101-108.
13. De la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Godoy A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 446-50.
14. Arroyo J, Badía X, de la Calle H, Díez J, Estmatjes E, Fernández I, et al. Grupo proSTAR. Tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria en España. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 166-72.
15. Suárez C, Ruilope LM, Banegas JR, Alvarez-Sala W, Franch J, Barrios V, Mantilla T. Estudio PREVENCAT. Control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 406-10.
16. Díaz GJ, Palmeiro G, Casado I, Arandia M, Portuburu MM; Vázquez LA. Cumplimiento de los objetivos de control metabólico en diabetes mellitus en el medio rural de Ourense. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 67-75.
17. Saydah SH, Geiss LS, Tierney Ed, Benjamin S, Engelgau M, Brancati F. Review of the Performance of Methods to Identify Diabetes Cases among Vital statistics, Administrative and Survey Data. *AEP* 2004; 14 (7): 507-16.
18. Recomendaciones PAPPS Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Resumen. 2003. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.



## ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.

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.

### HEPATITIS A, AÑO 2006

En la Comunidad de Madrid, la hepatitis A es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos. La definición clínica de caso es enfermedad que comienza con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia, y elevación en suero de las aminotransferasas (ALT, AST). El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la detección de IgM frente al virus de la Hepatitis A en suero o heces, la demostración de ARN viral mediante RT-PCR, o la determinación de antígeno en heces. Se considera caso probable/sospechoso el que es clínicamente compatible, presenta datos de laboratorio relacionado con hepatitis, como aumento de las transaminasas 2,5 veces su límite superior normal, sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática y sin antecedentes de factores de riesgo para otras hepatitis, o caso que encaja en la descripción clínica y es un contacto de un caso confirmado por laboratorio. Se considera caso confirmado aquel que cumple la definición clínica de caso y está confirmado por laboratorio.

#### Incidencia

Durante el año 2006 se han notificado 174 casos de hepatitis A, lo que supone una incidencia acumulada de 2,9 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 5 casos más que en el año anterior. 132 casos (75,9%) han sido confirmados

serológicamente, mientras que en otros 40 casos (23%) que no llegaron a ser confirmados mediante pruebas de laboratorio se encontró un vínculo epidemiológico con un caso confirmado. El resto de los casos (5,2%) se han diagnosticado exclusivamente por sospecha clínica.

El área sanitaria con mayor incidencia ha sido el área 6, con 7,71 casos por 100.000 habitantes, seguida de la 11 con 4,72 casos por 100.000 habitantes. En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. Las mayores incidencias se han observado en los distritos de Aranjuez (área 11) y Majadahonda (área 6) con 18,47 y 13,61 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

#### Distribución por edad y sexo.

En el año 2006 el 51,7% de los casos notificados fueron hombres. El 75% de los casos son menores de 37 años (rango entre 1 mes y 74 años). Esta enfermedad muestra una mayor incidencia en los menores de 10 años, seguido por el grupo de 20 a 40 años.

#### Forma de presentación epidemiológica

Del total de casos notificados, 54 casos (31%) están asociados a brotes. Se han producido un total de 6 brotes de hepatitis A, 4 de ellos familiares con 2-3 afectados en cada brote, y otros dos colectivos con un mayor número de afecta-

dos. Se trata del brote asociado a una guardería del distrito de Majadahonda, con 25 casos, y el ocurrido en los vecinos de un barrio de viviendas de realojo en Aranjuez, con 19 casos.

Se describe el antecedente de viaje o estancia reciente (dentro del periodo de incubación de la enfermedad) a zonas endémicas de hepatitis A en 25 casos (14,4%), 12 de ellos a países latinoamericanos, 5 a países del norte de África, 2 casos a Guinea, y 1 caso a Burkina Faso. De los casos de los que se dispone información sobre el estado vacunal (21), ninguno había recibido previamente la vacuna frente a la hepatitis A, indicada en este supuesto.

### **Evolución temporal**

La evolución temporal de los casos de hepatitis A se muestra en los gráficos 1, 2 y 3. En el primero se compara el nº de casos notificados en el 2006 con la mediana y el percentil 75 del periodo 2002-2005, observándose un incremento del número de casos entre las semanas 37 a 39 en 2006, que supera ampliamente la mediana del periodo 2002-2005, y que corresponde al desarrollo del brote de la guardería del área 6. En el segundo gráfico se muestra el patrón temporal de la enfermedad. Se ha realizado el análisis de la tendencia lineal, no encontrándose variación en los últimos 5 años.

En gráfico nº 3 aparece la distribución de casos de hepatitis A por grupos de edad para el periodo 2002-2006, donde se aprecia un incremento de la incidencia en el grupo de 0 a 5 años, no observándose en el resto una tendencia clara.

### **Intervención de salud pública.**

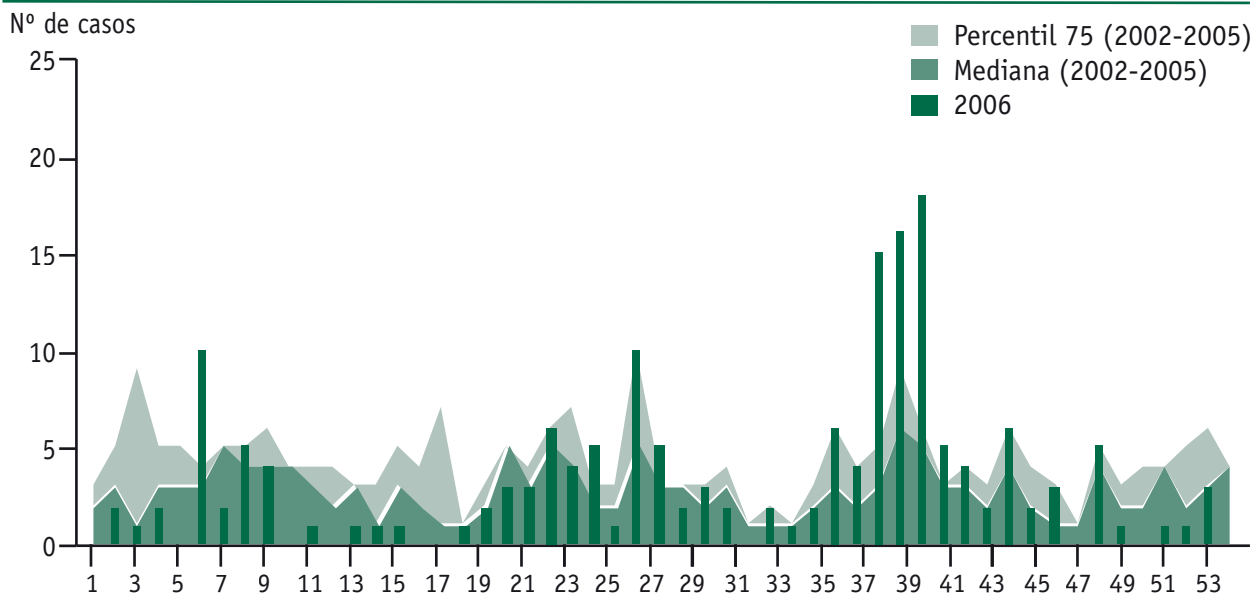
Se ha administrado gammaglobulina y/o vacuna anti-Hepatitis A a los contactos susceptibles en los que existía indicación (se considera susceptible a toda persona nacida con posterioridad a 1960 que no tiene antecedentes de la enfermedad ni de vacunación con una dosis en el último año o con dos dosis en los últimos 10 años). En el brote de la guardería ha sido clave la vacunación de los contactos familiares de los niños para controlar la transmisión del virus. Así mismo, es importante destacar la relevancia de reforzar las medidas higiénicas en el cambio de pañales, ya que es uno de los factores más importante para controlar la diseminación.

### **Conclusiones**

La incidencia global de hepatitis A se mantiene estable con respecto a la de años anteriores. Se observa un incremento de la incidencia es especialmente significativo en los de 0 a 5 años, y en las semanas 37 a 39, que corresponde al desarrollo del brote de la guardería del área 6. La vacunación de los contactos íntimos susceptibles de los casos y las medidas higiénicas en los colectivos con elevado riesgo de transmisión, como las escuelas infantiles, son estrategias claves para la prevención y control de esta enfermedad en nuestro entorno. Asimismo, es necesario recordar la importancia de la vacunación frente a hepatitis A de las personas susceptibles que viajen a países de alta endemia.

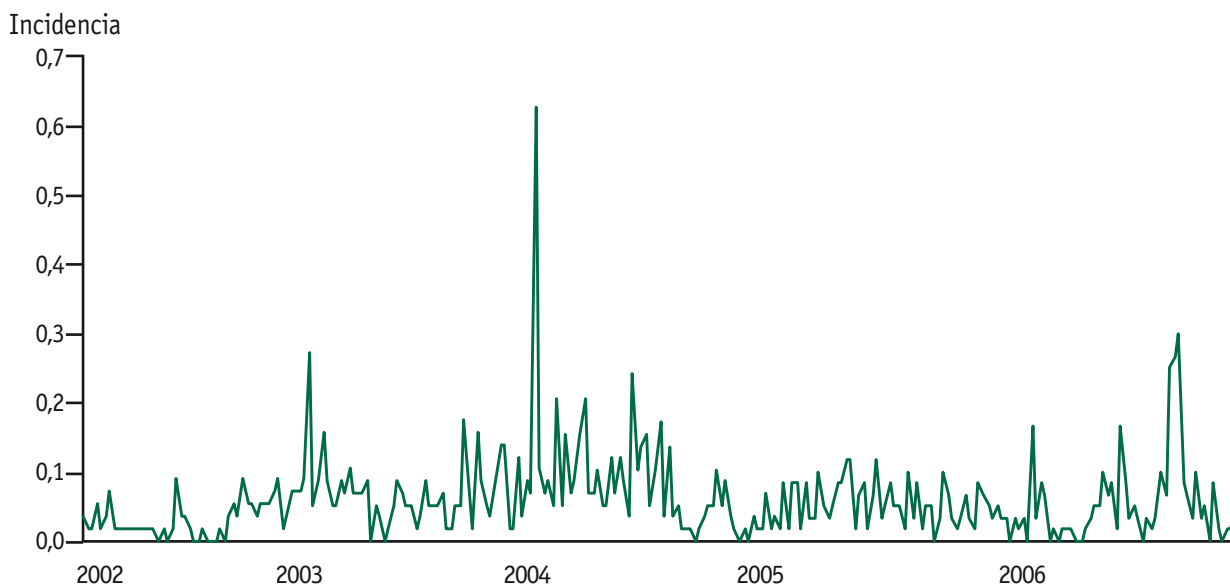
## GRÁFICO 1

**HEPATITIS A. Comparación de la incidencia de la Hepatitis A en la Comunidad de Madrid. Año 2006 y período 2002-2005.**



## GRÁFICO 2

**HEPATITIS A. Evolución temporal de la incidencia de Hepatitis A en la Comunidad de Madrid. Período 2002-2006.**



### GRÁFICO 3

**HEPATITIS A. Incidencia específica por grupos de edad. Años 2002-2006. Comunidad de Madrid.**

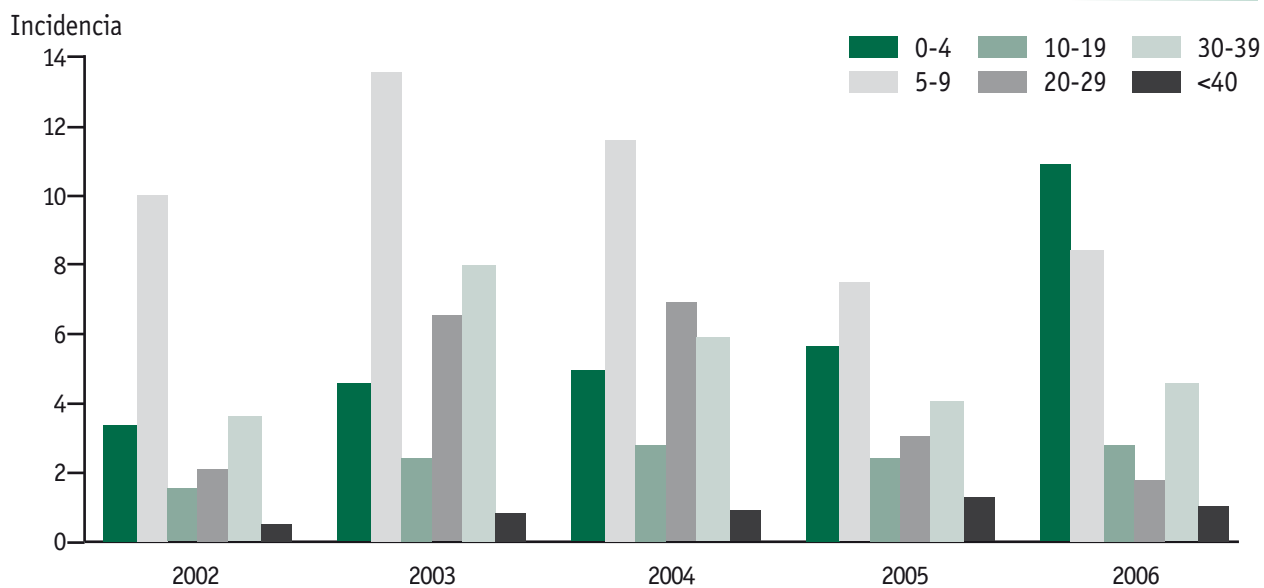




TABLA 1

## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 9 a 13 (del 25 de febrero al 31 marzo de 2007).

ENFERMEDADES	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6	
	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.
<b>Inf que causan meningitis</b>												
Enf. meningocócica	1	5	0	2	0	2	2	6	4	7	0	1
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Meningitis bacterianas, otras	1	1	0	1	1	2	1	1	0	0	1	1
Meningitis víricas	1	2	0	4	4	8	1	2	2	3	5	8
Enf. neumocócica invasora	0	0	5	7	2	6	3	5	1	2	2	3
<b>Hepatitis víricas</b>												
Hepatitis A	1	2	0	1	0	2	1	2	1	1	2	14
Hepatitis B	1	1	1	8	0	0	1	2	0	1	0	2
Hepatitis víricas, otras	0	2	1	1	0	0	0	0	2	3	2	3
<b>Enf transmisión alimentos</b>												
Botulismo	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
Disentería	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
Triquinosis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enf transmisión respiratoria</b>												
Gripe	519	4918	517	4435	384	3942	568	4754	874	6516	722	6564
Legionelosis	0	0	0	0	4	4	0	1	0	0	0	1
Varicela	507	995	357	648	171	344	220	401	302	582	469	986
<b>Enf transmisión sexual</b>												
Infección Gonocócica	1	3	0	1	0	0	0	1	3	6	3	6
Sífilis	0	1	2	9	0	1	0	2	1	2	2	2
<b>Antropozoonosis</b>												
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enf prevenibles inmunización</b>												
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	13	21	36	60	10	28	33	61	24	44	46	89
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	1	1	0	1	11	12	0	0	0	1	0	2
<b>Enf importadas</b>												
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	1	1	0	1	0	1	1	3	1	1	1	1
Peste	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
<b>Tuberculosis *</b>												
TB respiratoria*	17	35	8	17	6	15	3	12	5	15	5	12
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Enf notificad sist especiales</b>												
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>POBLACIONES **</b>	<b>738.481</b>		<b>443.547</b>		<b>341.411</b>		<b>573.659</b>		<b>727.112</b>		<b>621.395</b>	
<b>COBERTURA DE MÉDICOS</b>	<b>72,75%</b>		<b>75,13%</b>		<b>98,47%</b>		<b>85,50%</b>		<b>79,21%</b>		<b>96,97%</b>	

\* 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.

TABLA 1

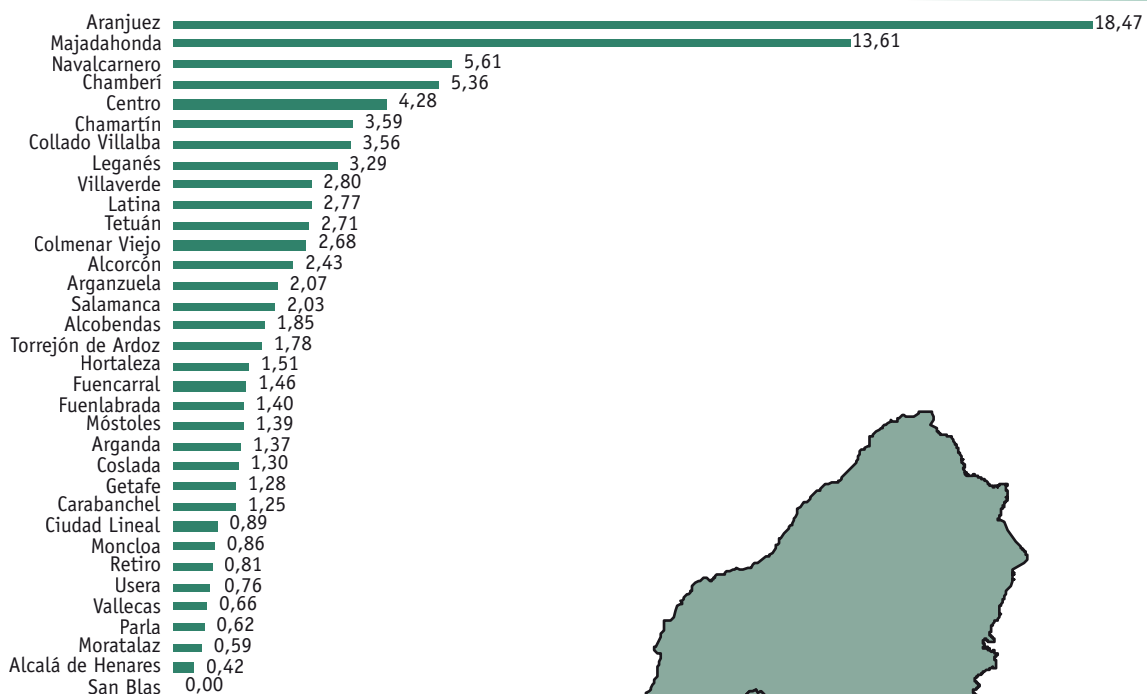
**Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 9 a 13 (del 25 de febrero al 31 de marzo de 2007).**

ENFERMEDADES	ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL	
	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.	ACTUAL	ACUMUL.
<b>Inf que causan meningitis</b>												
Enf. meningocócica	0	1	1	2	0	2	1	2	2	7	11	37
Enf. inv. H. influenzae	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Meningitis bacterianas, otras	1	1	0	0	1	4	0	0	0	1	6	12
Meningitis víricas	1	3	2	3	3	3	0	0	4	7	23	44
Enf. neumocócica invasora	1	1	0	0	1	3	0	0	4	6	20	34
<b>Hepatitis víricas</b>												
Hepatitis A	1	2	1	1	0	0	1	4	2	11	10	41
Hepatitis B	1	8	1	8	0	0	2	2	3	12	10	45
Hepatitis víricas, otras	0	4	0	2	1	2	0	2	2	5	8	25
<b>Enf transmisión alimentos</b>												
Botulismo	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
Disentería	1	2	0	0	1	1	0	0	0	1	3	6
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Enf transmisión respiratoria</b>												
Gripe	1342	6316	513	4742	349	3589	185	1995	1050	7971	7023	55769
Legionelosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	7
Varicela	160	303	145	404	334	692	106	283	365	853	3136	6496
<b>Enf transmisión sexual</b>												
Infección Gonocócica	4	9	0	0	0	3	0	0	3	10	14	39
Sífilis	3	11	1	2	1	11	2	4	7	19	19	66
<b>Antropozoonosis</b>												
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4
Leishmaniasis	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enf prevenibles inmunización</b>												
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	24	38	17	34	16	43	10	15	18	45	247	485
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	1	1	0	2	1	1	2	2	1	3	17	26
<b>Enf importadas</b>												
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	1	2	1	1	4	6	0	3	1	2	11	23
Peste	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
<b>Tuberculosis *</b>												
TB respiratoria*	12	29	9	14	12	22	6	10	20	45	110	242
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Enf notificad sist especiales</b>												
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>POBLACIONES **</b>	<b>554.492</b>		<b>460.826</b>		<b>395.016</b>		<b>311.468</b>		<b>796.736</b>		<b>5.964.143</b>	
<b>COBERTURA DE MÉDICOS</b>	<b>62,44%</b>		<b>71,77%</b>		<b>58,89%</b>		<b>63,05%</b>		<b>67,84%</b>		<b>75,85%</b>	

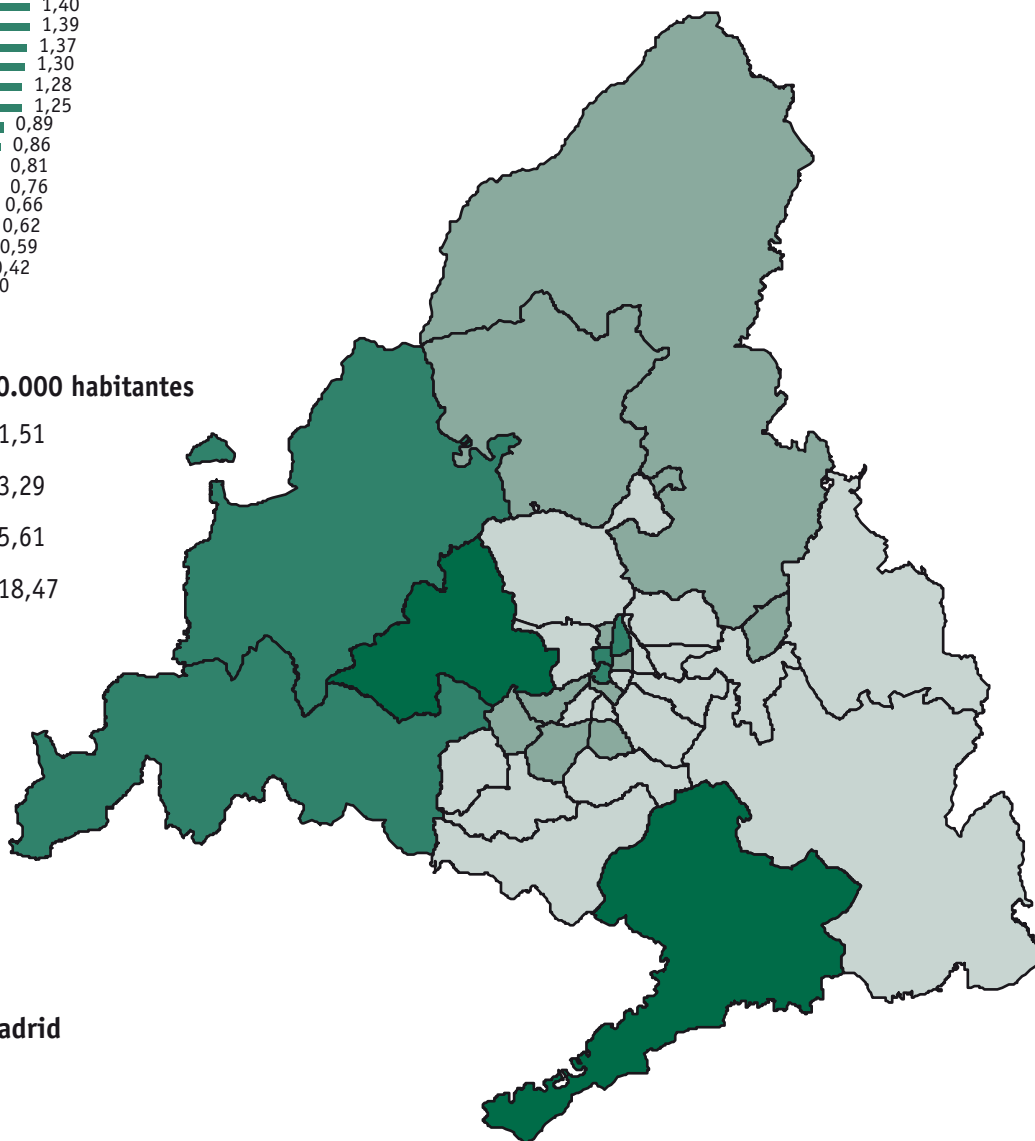
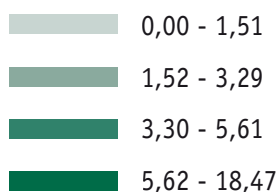
\* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico. \*\* Según Padrón continuo del año 2004 \*\*\* En algunas enfermedades, la suma de casos por Área no se corresponde con el Total de la Comunidad de Madrid porque algunos casos no se pueden asignar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

## MAPA 1

### HEPATITIS A. Incidencia de casos notificados por distritos sanitarios. Año 2006. Comunidad de Madrid.



#### Incidencia por 100.000 habitantes



Comunidad de Madrid



## BROTOS EPIDÉMICOS.

COMUNIDAD DE MADRID.

SEMANAS 9 a 13 (del 25 de febrero al 31 de marzo de 2007)

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 período 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.

### TABLA 1

**Brotes de origen alimentario. Año 2007. Semanas 9 a 13.**

ÁREA	LOCALIZACIÓN	ÁMBITO	EXP.	ENFER.	VEHÍCULO SOSPECHOSO	AGENTE CAUSAL
2	Madrid (Chamartín)	Restaurante	8	3	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
3	Torrejón de Ardoz	Restaurante	21	12	Pimentón	<i>S. enteritidis</i>
4	Madrid (Ciudad Lineal)	Restaurante	22	7	Bonito	Histamina*
5	Tres Cantos	Familiar	3	3	Ensalada pescado	Desconocido
5	Madrid (Tetuán)	Restaurante	20	3	Mariscos	Desconocido
6	Torrelodones	Colegio	439	186	Cocido completo	<i>C. perfringens</i>
6	Cercedilla	Residencia	120	14	Desconocido	Desconocido
7	Madrid (Latina)	Famil./C. Cultural	18	4	Tortilla de patatas	<i>Salmonella sp</i>
8	Navalcarnero	Residencia PPMM	113	23	Puré	Desconocido
8	Alcorcón	Familiar	4	4	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>
9	Leganés	Escuela Infantil	16	3	Desconocido	<i>S. flexneri</i>
9	Fuenlabrada	Familiar	3	2	Tortilla de patatas	<i>Salmonella sp</i>
11	Madrid (Carabanchel)	Mixto	3	3	Pollo asado	<i>Salmonella sp</i> *

\* Agente causal no confirmado por laboratorio

EXP= Expuestos; ENFER= Enfermos; PPMM= Personas Mayores

TABLA 2

## Brotos de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 9 a 13.

ÁREA	TIPO DE BROTE	LOCALIZACIÓN	ÁMBITO	EXP.	ENFER.	AGENTE CAUSAL
1	Escabiosis	Morata de Tajuña	Residencia PPMM	230	12	<i>S. scabiei</i> *
2	Dermatofitosis	S. Fernando de Henares	Colegio	19	2	Hongos*
2	Parotiditis	Madrid (Chamartín)	Colegio	303	45	<i>V. parotiditis</i>
2	Parotiditis	Madrid (Chamartín)	Colegio	8	8	<i>V. parotiditis</i> *
4	Parotiditis	Madrid (Hortaleza)	Colegio	124	12	<i>V. parotiditis</i> *
5	Parotiditis	Tres Cantos	Colegio	200	6	<i>V. parotiditis</i>
5	Parotiditis	Madrid (Fuencarral)	Universidad	7	7	<i>V. parotiditis</i>
6	Parotiditis	Pozuelo de Alarcón	Colegio	1300	46	<i>V. parotiditis</i> *
6	Parotiditis	Pozuelo de Alarcón	Colegio	78	4	<i>V. parotiditis</i> *
6	Tos ferina	Boadilla del Monte	Familiar	5	3	<i>B. pertussis</i> *
9	Parotiditis	Fuenlabrada	Centro ocupacional	115	4	<i>V. parotiditis</i>
10	Parotiditis	Parla	Colegio	27	2	<i>V. parotiditis</i> *

\* Agente causal no confirmado por laboratorio

EXP= Expuestos; ENFER= Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM= Personas mayores

Se han notificado 13 **brotos de origen alimentario** ocurridos entre las semanas epidemiológicas 9 y 13. Se han repartido en distintos tipos de colectivos, aunque destacan los brotes de ámbito familiar y los ocurridos en restaurantes por número de brotes, y los brotes en centros escolares por número de casos. Se han producido 7 ingresos hospitalarios, 4 por *Salmonella*, 2 por *Shigella flexneri* y 1 con agente desconocido. El brote por *S. flexneri* afectó a 3 niños de 2 años de edad asistentes a una guardería, que iniciaron síntomas típicos de disentería en un corto periodo de tiempo, por lo que se sospechó que la transmisión ocurrió a partir de una fuente común, probablemente alguno de los menús consumidos en la guardería en los días previos. Se reforzaron las medidas dirigidas a evitar la transmisión secundaria fecal-oral directa y no se notificaron nuevos casos.

Los **brotos de origen no alimentario** correspondientes a este periodo han sido 12, con 151 casos asociados y ningún ingreso hospitalario. Como en meses anteriores, destacan las agregaciones de casos de parotiditis, todas en centros educativos. También han ocurrido un brote de escabiosis en un centro geriátrico y un brote de tiña corporis que afectó a un profesor y un alumno de un centro escolar.

**Desde el comienzo del año hasta la semana epidemiológica 13 de 2007** se han notificado un total de 52 brotes. Los brotes relacionados con el consumo de alimentos han supuesto hasta ahora el 38,5% de todos los brotes notificados y el 31,7% de los casos. La confirmación por laboratorio del agente causal en estos brotes alcanza el 45% (7 brotes por *Salmonella*, 1 brote por *Shigella* y 1 brote por *C. perfringens*). En cambio, la confirmación epidemiológica y/

o por laboratorio del alimento implicado en la transmisión sólo se dispone hasta ahora en 1 brotes (5%). Los siguientes brotes en frecuencia han sido los de parotiditis (32,7% de todos los brotes notificados), también con un número muy importante de casos asociados (35,1% de los casos relacionados con brotes de cualquier tipo). Estos casos tienen, además de su número, como característica relevante que la mayoría corresponden a población infantil

escolarizada. La situación respecto a las agregaciones de casos de parotiditis está directamente relacionada con la tendencia de la incidencia de parotiditis en la Comunidad de Madrid. A nivel nacional, también se ha producido un aumento de la incidencia de parotiditis en los dos últimos años, al igual que en otros países del entorno. En caso de brotes, se debe considerar la vacunación de la población susceptible afectada en cada caso.

### TABLA 3

#### Número de brotes y casos asociados.

Año 2007. Semanas 9-13 y datos acumulados hasta la semana 13.

Brotos de origen alimentario	Nº DE BROTES		Nº DE CASOS	
	SEMANAS 9-13	ACUMULADO	SEMANAS 9-13	ACUMULADO
Bares, restaurantes y similares	4	7	25	40
Familiar	4	7	12	34
Centros escolares y similares	2	3	189	209
Residencias de Personas Mayores	1	1	23	23
Otras Residencias	1	1	14	14
Otros lugares	1	1	4	4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>267</b>	<b>324</b>

Brotos de origen no alimentario	SEMANAS 9-13		ACUMULADO	
	SEMANAS 9-13	ACUMULADO	SEMANAS 9-13	ACUMULADO
Parotiditis	9	17	134	359
Gastroenteritis aguda	0	8	0	306
Tos ferina	1	3	3	12
Dermatofitosis	1	1	2	2
Escabiosis	1	1	12	12
Neumonía	0	1	0	5
Rubéola	0	1	0	2
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>151</b>	<b>698</b>
<b>TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS</b>	<b>25</b>	<b>52</b>	<b>418</b>	<b>1.022</b>



## RED DE MÉDICOS CENTINELA.

Período analizado: Año 2007, semanas 9 a 13  
(Del 25 de febrero al 31 de marzo de 2007)

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 33 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, 2005» (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de julio 2006, Volumen 12, nº 7, 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 período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95% para las incidencias acumuladas.

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 60,6%.

### VARICELA

Durante las semanas 9 a 13 del año 2007 han sido declarados 56 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 25,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: 12,4 - 37,9). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2005, 2006 y 2007.

De los casos notificados, el 54 % se dio en hombres y el 46 % en mujeres. El 95 % de los casos registrados se dio en niños menores de 10 años, en un caso se desconoce la edad. En el gráfico 2 se ven las incidencias específicas por grupo de edad.

En el 67,9 % de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con otros casos de varicela, y en el 55 % de los casos el lugar de exposición notificado fue la guardería o el colegio (Tabla 1).

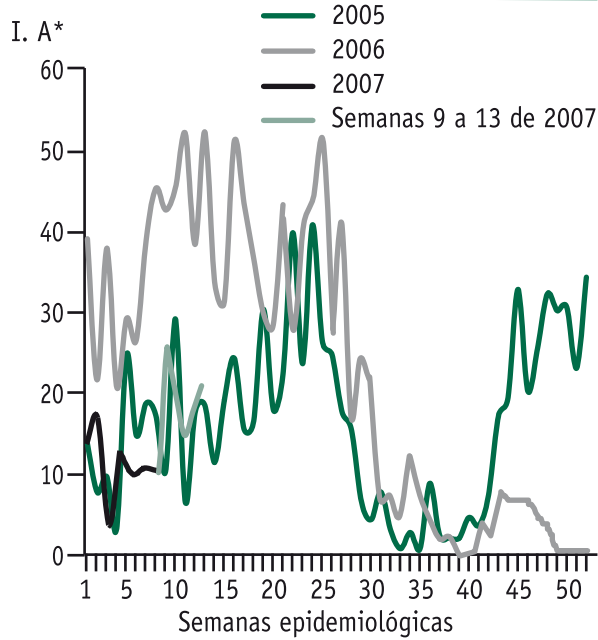
En el período estudiado no se registró ninguna complicación.

### HERPES ZÓSTER

A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 20 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 9 a 13, lo que representa una incidencia acumulada de 33,6 por 100.000 habitantes (IC 95%: 16,2 - 44,2). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 70 % de los casos se dio en mujeres, y el 30 % en hombres. El 60 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años. La incidencia por grupos de mayor edad puede verse en el Gráfico 4.

### GRÁFICO 1

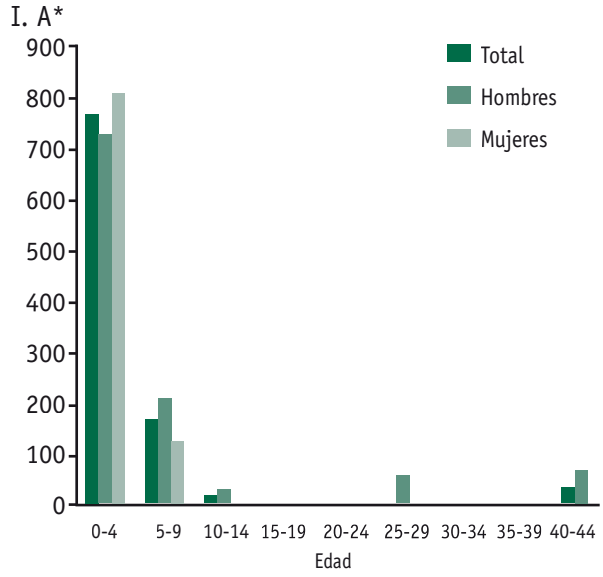
**Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005, 2006 y 2007.**



\* Incidencia acumulada por 100.000 habitantes

### GRÁFICO 2

**Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 9 a 13 de 2007.**



\* Incidencia acumulada por grupos de edad por 100.000 habitantes

### TABLA 1

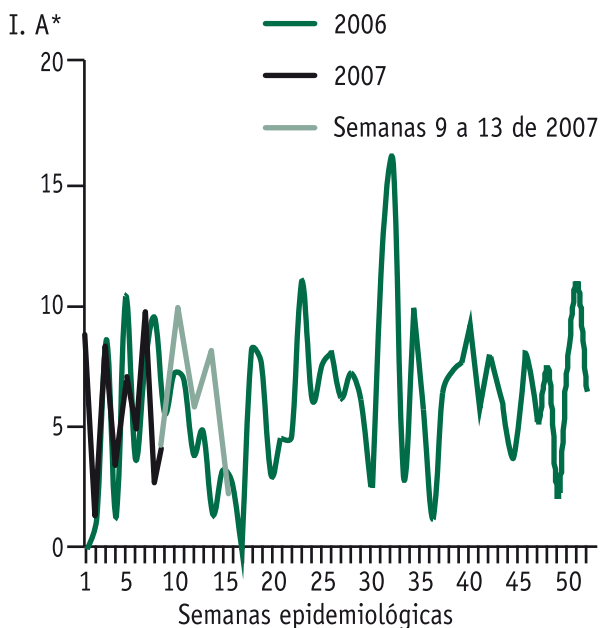
**Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 9-13 de 2007.**

FUENTE DE EXPOSICIÓN			LUGAR DE EXPOSICIÓN	
	N	%	N	%
Caso de Varicela	38	(67,9)	Guardería	7 (12,5)
Caso de Herpes zoster	0	(0,0)	Colegio	24 (42,9)
Brotos de Varicela	6	(10,7)	Hogar	10 (17,8)
Desconocido	12	(21,4)	Trabajo	0 (0,0)
Total	56	(100)	Desconocido	15 (26,8)
			Total	56 (100)



### GRÁFICO 3

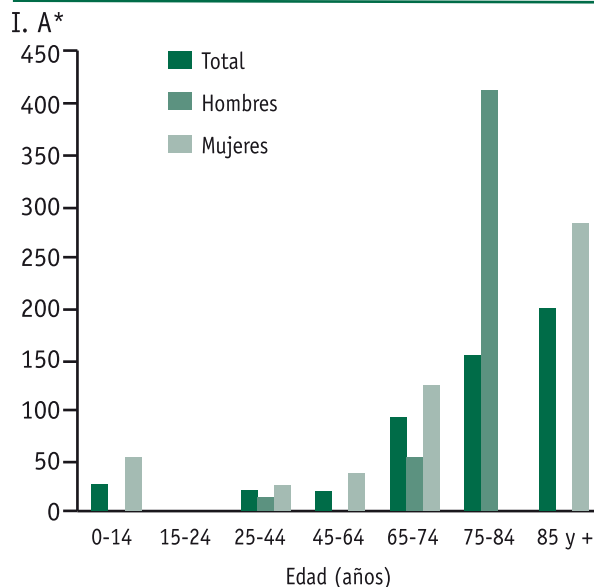
**Incidencia semanal de Herpes zóster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007.**



\* 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 9 a 13 de 2007.**

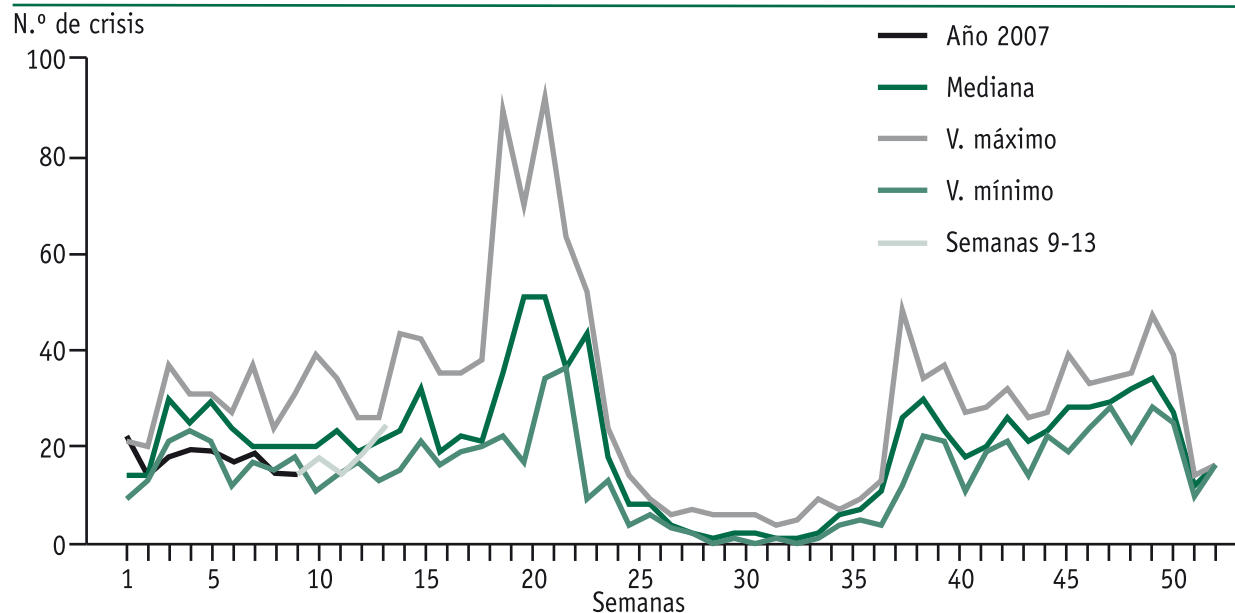


\* Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes

**CRISIS ASMÁTICAS**

**GRÁFICO 5**

**Crisis asmáticas. Red de Médicos Centinela.  
Distribución de las crisis según la semana de notificación. Semanas 9-13, de 2007.**



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

**TABLA 1**

**Casos notificados. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid.  
Semanas 9-13 de 2007.**

	Nº CASOS SEMANAS 9-13	Nº CASOS AÑO 2007
Gripe*	29	375
Varicela	56	134
Herpes zoster	20	50
Crisis asmáticas	90	232

\* Desde la semana 40 de 2006 hasta la 20 de 2007



**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, 4-B - 28037 MADRID**  
**e-mail: [isp.boletin.epidemia@salud.madrid.org](mailto:isp.boletin.epidemia@salud.madrid.org)**

**El Boletín Epidemiológico está disponible en:**  
**<http://www.madrid.org>**

(una vez en esta dirección ir a: Portal de Salud-> Profesional->  
Información técnica-> Salud Pública-> 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 deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada».



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

# 3.

INFORMES:

- Temporada de gripe 2006-2007 en la Comunidad de Madrid.
  - Factores de riesgo en población con diabetes mellitus de 18 a 64 años.