

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

7.

INFORMES:

- **Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2006.**



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid



Biblioteca Virtual

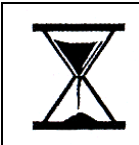



Comunidad de Madrid

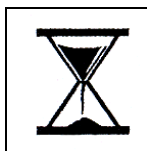
7

Índice

INFORMES:

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.

	- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2006.	3
	- EDO. Semanas 27 a 30 (del 1 al 28 de julio de 2007)	39
	- Brotes Epidémicos. Semanas 27 a 30, 2006.	43
	- Red de Médicos Centinela, semanas 27 a 30, 2006.	45

**INFORME:****HÁBITOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN
ADULTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID, 2006****Resultados del Sistema de Vigilancia de
Factores de Riesgo asociados a
Enfermedades No Transmisibles en
población adulta (SIVFRENT-A), 2006****Indice:**

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	6
4. Resultados.....	7
4.1. Actividad física.....	8
4.2. Alimentación.....	11
4.3. Realización de dietas.....	14
4.4. Antropometría.....	15
4.4. Consumo de tabaco.....	17
4.5. Consumo de alcohol.....	21
4.6. Prácticas preventivas.....	26
4.7. Accidentes.....	31
4.8. Seguridad vial.....	32
4.9. Agregación de factores.....	35
5. Bibliografía.....	37

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT) mide de forma continua desde 1995, la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento y prácticas preventivas en nuestra región.

Metodología: el SIVFRENT se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco y alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad.

Resultados: Un 43,2% de la población es totalmente sedentaria durante la actividad laboral y el 80,4% no cumple las recomendaciones de realización de actividad física en tiempo libre. Comparando con 1995, se ha incrementado la inactividad relacionada con la ocupación (aunque en los últimos cuatro años se observa una estabilización), no compensada con una mayor actividad en tiempo libre.

El consumo de alimentos sigue apuntando a un patrón alejado de los objetivos nutricionales, con baja ingesta de fruta y verdura y alta de productos cárnicos. Aunque se consolida la recuperación desde el año 2001 del consumo de fruta fresca, todavía uno de cada cuatro personas (se incrementa al 41% en los jóvenes de 18 a 29 años) no ingiere este alimento diariamente.

Los efectos de este desequilibrio en el balance energético tienen como consecuencia que el 41,1% de la población tiene sobrepeso y obesidad (a partir del peso y talla autodeclarados), siendo 1,7 veces más frecuente en los hombres. Además la tendencia es desfavorable, aumentando de forma conjunta el sobrepeso de tipo II y la obesidad un 23,9% en los hombres y un 14,7% en las mujeres entre 1995 y 2006.

Uno de cada tres madrileños (33,2%) fuma actualmente. Aunque esta prevalencia es todavía muy elevada, continúa descendiendo de forma consistente tanto en la población masculina como en la femenina, debido a la disminución de la frecuencia de consumo en las cohortes jóvenes y al fuerte incremento del abandono de este hábito.

También el consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. Se mantiene estable el consumo moderado pero desciende claramente el número de bebedores de riesgo (tanto el consumo promedio de riesgo como la ingesta excesiva en una misma ocasión). En el 2006 la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 3,6% y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 9,3%. Combinando ambos indicadores el 11,0% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

La realización de prácticas preventivas es en general muy elevada, destacando el gran incremento, un 79,6%, en la realización de mamografías. Por otro lado, la no utilización de medidas de protección relacionadas con la seguridad vial como el cinturón de seguridad en coche y el casco en moto, ha descendido de forma notable.

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

Conclusiones: Durante el 2006 se consolida los importantes cambios observados desde 1995 en los principales factores de riesgo relacionados con los estilos de vida y prácticas preventivas. Los indicadores relacionados con el balance energético presentan la peor evolución, con un incremento del sobrepeso y obesidad, una elevada prevalencia de sedentarismo y una dieta que debería ser más equilibrada. Sin embargo, factores de riesgo tan importantes como el consumo de tabaco y de alcohol muestran una tendencia favorable, aunque todavía con frecuencias bastante elevadas que es posible mejorar. Finalmente, aumenta la realización de prácticas preventivas y mejoran las medidas de protección de seguridad vial, lo que significa un mayor seguimiento de la población de nuestra región de las recomendaciones sanitarias.

2.- INTRODUCCIÓN

Un conjunto de enfermedades de carácter no transmisibles: las enfermedades del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades crónicas del hígado y los accidentes, originan en nuestra región, al igual que en el conjunto estatal y otros países desarrollados, alrededor de tres cuartas partes de la mortalidad. Todas estas enfermedades comparten en mayor o menor medida diversos factores de riesgo modificables relacionados con las conductas o estilos de vida como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo, la dieta desequilibrada, la obesidad, o la hipertensión^{1,2}.

Partiendo de la base de que existen estrategias eficaces de prevención de estas enfermedades, se necesita tener una información muy precisa de estos factores de riesgo, sin la cual no es posible definir correctamente las prioridades ni aplicar o supervisar intervenciones específicas. Por ello, los sistemas de vigilancia deben de estar orientados de forma integral a medir la carga que generan estas enfermedades pero también a vigilar los factores de riesgo modificables que las originan³⁻⁵.

En este sentido, la Consejería de Sanidad puso en marcha en 1995 el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles (SIVFRENT)⁶, cuyo objetivo es el de medir de forma continua la prevalencia, distribución y características de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento en la Comunidad de Madrid, así como el seguimiento de las recomendaciones de las principales prácticas preventivas. Este sistema se ha desarrollado para establecer prioridades, planificar estrategias de prevención y promoción de la salud, y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a la encuesta realizada en 2006, con un formato similar al de ediciones anteriores⁶⁻¹⁶, en el que se incluye un análisis de las tendencias observadas en estos 12 años de estudio.

3.- METODOLOGÍA

Población

Dirigido a la población entre 18 y 64 años residente en la Comunidad de Madrid. Basado en el método de encuesta telefónica, la población que compone el marco muestral son las personas de 18 a 64 años con línea telefónica en sus hogares, que en la actualidad alcanza una cobertura del 92%¹⁷.

Diseño muestral

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

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

La asignación muestral es proporcional en cada estrato.

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

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

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

Técnica de entrevista

Como técnica de entrevista se utiliza el sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing)¹⁸.

Selección muestral

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

pudiese realizar la entrevista, se concierta entrevista diferida. Si se produce negativa de la persona seleccionada a realizar la entrevista, no se continúa con la selección de otras unidades en el hogar.

Cuestionario

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

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

Definición de variables

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

Conviene destacar que durante el 2006 se han introducido dos cambios importantes: por un lado, en el apartado de alcohol se consideraba hasta ahora el consumo de riesgo el realizado desde la perspectiva del consumo promedio. A partir de este año se incorpora también de forma explícita en esta definición el consumo excesivo en una misma ocasión, integrando además ambos indicadores en un consumo de riesgo global. Por otro lado, la definición de los indicadores relacionados con la seguridad vial también se ha modificado, considerando como conducta de riesgo la no utilización “siempre” del cinturón de seguridad o del casco en moto.

4.- RESULTADOS

La tasa de respuesta (entrevistas realizadas/(entrevistas realizadas + negativas de hogares + negativas de individuos + entrevistas incompletas)) fue del 64,1%. Del total de negativas un 75,8% han sido negativas de hogares, un 20,4% de individuos una vez seleccionados y un 3,8% han sido entrevistas incompletas.

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

A continuación se presentan los resultados por apartados. En las tablas se describe la estimación general, así como la distribución por género y edad, y se completa con una comparación gráfica de las estimaciones de 1995 a 2006.

TABLA 1.- Características de la muestra

Número entrevistas	2004
Género (%)	
Hombres	49,0
Mujeres	51,0
Edad (%)	
18-29	26,9
30-44	38,3
45-64	34,7
Ambito geográfico (%)	
Madrid capital	50,9
Corona metropolitana	40,7
Resto de municipios	8,3
Nivel de estudios (%)	
Menos de primarios	1,7
Primarios	7,0
Secundarios 1º grado	24,7
Secundarios 2º grado	34,3
Universitarios	32,3

4.1. ACTIVIDAD FÍSICA

El 43,2% de los entrevistados afirman estar sentados la mayor parte del tiempo de su actividad laboral u ocupación habitual, es decir, realizan una actividad sedentaria. Los hombres son 1,3 veces más sedentarios que las mujeres, y la inactividad física es mucho más frecuente a medida que disminuye la edad, siendo especialmente elevada en el grupo de 18 a 29 años, donde el 52,4% es inactivo.

La actividad física en tiempo libre es estimada a través de la frecuencia y tiempo de realización de determinados ejercicios físicos en las últimas dos semanas, que son transformados en METs, que es el gasto metabólico equivalente teniendo como referencia el basal. Cada actividad física tiene asignada en función de su intensidad un valor de METs¹⁹; por ejemplo, una actividad con valor de 3 METs supone un gasto tres veces superior al de reposo.

Desde el punto de vista de prevención del riesgo cardiovascular, hemos definido personas activas a aquellas que realizan al menos 3 veces a la semana alguna actividad moderada, intensa o muy intensa durante 30 min. o más cada vez. De acuerdo a esta definición el 80,4% de los entrevistados son considerados como no activos en el tiempo libre. En este indicador, las mujeres son menos activas que los hombres. Por otro lado, la proporción de no activos en tiempo libre se incrementa con la edad, alcanzando su máximo en el grupo de 45 a 64 años donde un 86,1% son inactivos.

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

En el gráfico 1 podemos apreciar la evolución de estos indicadores desde 1995 a 2006. Si comparamos los promedios de 2005-2006 frente a los de 1995 y 1996, el sedentarismo en la realización de la actividad habitual/laboral se incrementa un 7,9% en hombres y un 19,3% en mujeres. Sin embargo, la actividad física en tiempo libre se mantiene muy estable.

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
No activos en actividad habitual/laboral ^(a)	43,2 (±2,2)*	49,5 (±3,1)	37,0 (±3,0)	52,4 (±4,2)	45,2 (±3,5)	33,7 (±3,5)
No activos en tiempo libre ^(b)	80,4 (±1,7)	76,2 (±2,7)	84,5 (±2,2)	67,8 (±3,9)	84,2 (±2,6)	86,1 (±2,6)

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

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

* Intervalo de confianza al 95%

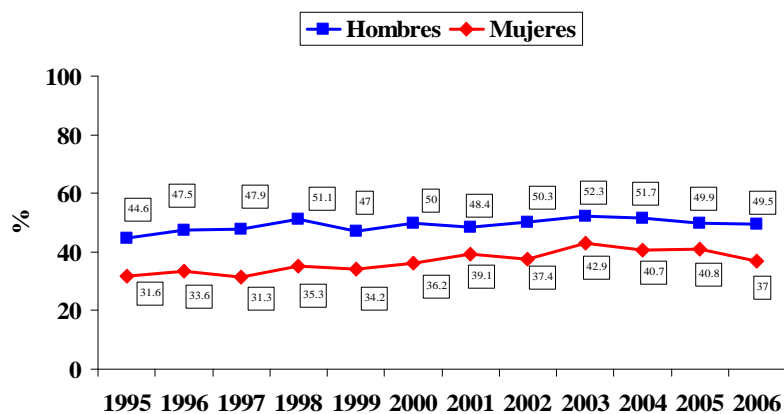
Tabla 3 Las cinco actividades físicas más frecuentemente realizadas, según género

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

GRÁFICO 1

Evolución de la realización de actividad física. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

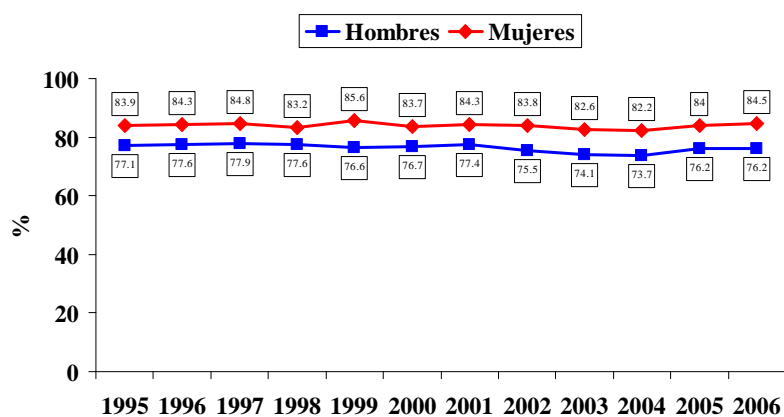
PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN LA ACTIVIDAD HABITUAL/LABORAL



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

PROPORCIÓN DE PERSONAS NO ACTIVAS* EN TIEMPO LIBRE



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

4.2.- ALIMENTACIÓN

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

Leche y derivados lácteos

El consumo medio per cápita de leche es aproximadamente de 1,4 raciones/día, aunque el 12,0% no ingiere ninguna cantidad.

Al incluir los derivados lácteos, el consumo de este grupo de alimentos se incrementa a 2,2 raciones diarias y sólo el 4,9% no realiza ninguna ingesta. La proporción de personas que en las últimas 24h. no consumieron dos o más raciones de lácteos es de un 35,6% en hombres y del 26,4% en mujeres (gráfico 2).

El 53,0% consume alguna ración de leche desnatada o parcialmente desnatada, especialmente las mujeres donde se eleva al 60,8% frente al 44,9% en los hombres.

Como podemos observar en el gráfico 2, en los años de estudio la proporción de personas que consumen menos de dos raciones de lácteos ha descendido un 13,2% en hombres y un 17,2% en mujeres, comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros. Esta disminución se ha debido fundamentalmente al incremento del consumo de derivados lácteos.

Dulces y bollería

Engloba el consumo de galletas, bollería y productos de pastelería. La ingesta media es de 0,6 raciones/día y han consumido algún alimento de este grupo el 51,3% de las personas entrevistadas. El 9,8% consumen dos o más raciones al día. No se producen grandes variaciones en la tendencia.

Fruta y verduras

La media de consumo de fruta fresca es de 1,2 raciones/día, que se incrementa a 1,5 al incluir los zumos de fruta. La media de consumo de verduras es de 1,1 ración/día. Por tanto, durante las últimas 24h. el consumo medio per cápita de verduras y fruta (incluyendo los zumos) es de 2,6 raciones/día. El 5,9% no consumieron ninguna ración de verduras o fruta (incluidos zumos), y el 51,3 (58,0% de hombres y el 45,0% de mujeres) no alcanza a consumir tres raciones/día (gráfico 2). Además de la mayor frecuencia en mujeres, su ingesta se incrementa considerablemente a medida que aumenta la edad. En los jóvenes de 18 a 29 años el 62,6% no llega a consumir tres raciones al día.

La proporción de personas que no consumen al menos 3 veces al día fruta y verdura ha disminuido moderadamente en hombres y mujeres (8,4% y 8,8%), comparando los dos primeros años de la serie respecto a 2005 y 2006 (gráfico 2).

Carne y derivados

El consumo medio de productos cárnicos es de 1,5 raciones/día, donde la carne aporta 1 ración siendo el resto derivados (embutidos principalmente). La mayoría de los entrevistados, el 85,6%, han consumido algún alimento de este grupo. Es de destacar la gran proporción de

personas que consumen en las últimas 24 horas dos o más productos cárnicos, con notables diferencias entre hombres y mujeres: un 51,9% de hombres frente al 39,0% de mujeres (gráfico 3). No se observan grandes variaciones en los once años de estudio.

Pescado

El 48,9% de las personas entrevistadas ha consumido pescado (incluye moluscos, crustáceos y conservas) con una media per cápita de 0,6 raciones/día. Su consumo es ligeramente superior en mujeres que en hombres, siendo menor en los individuos de 18 a 29 años respecto a los otros grupos de edad.

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

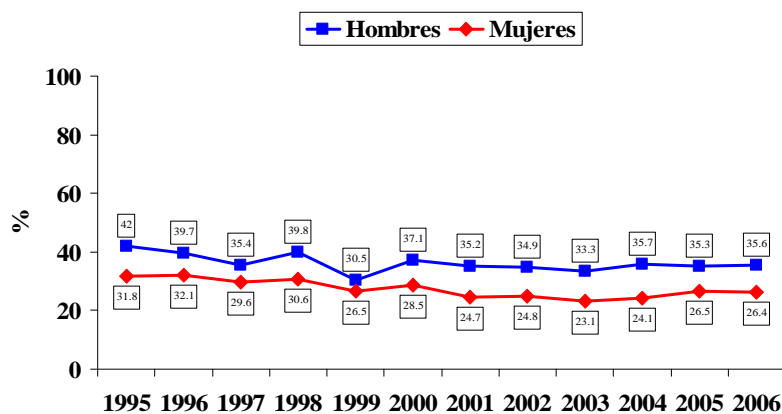
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
Leche	88,0 (±1,4)*	86,4 (±2,1)	89,6 (±1,9)	81,7 (±3,3)	90,4 (±2,1)	90,4 (±2,2)
Leche y derivados	95,1 (±0,9)	94,1 (±1,5)	96,0 (±1,2)	92,2 (±2,3)	96,1 (±1,4)	96,1 (±1,4)
Dulces/ Bollería	51,3 (±2,2)	53,1 (±3,1)	49,7 (±3,1)	51,5 (±4,2)	50,8 (±3,5)	51,9 (±3,7)
Verdura	77,3 (±1,8)	72,6 (±2,8)	81,8 (±2,4)	69,8 (±3,9)	78,6 (±2,9)	81,6 (±2,9)
Legumbres	16,2 (±1,6)	17,2 (±2,4)	15,2 (±2,2)	13,1 (±2,9)	15,6 (±2,6)	19,1 (±2,9)
Arroz	15,2 (±1,6)	17,3 (±2,4)	13,2 (±2,1)	18,5 (±3,3)	15,8 (±2,6)	12,1 (±2,4)
Pasta	14,0 (±1,5)	15,7 (±2,3)	12,3 (±2,0)	19,8 (±3,4)	13,0 (±2,4)	10,5 (±2,3)
Carne	72,6 (±2,0)	75,6 (±2,7)	69,6 (±2,8)	75,2 (±3,6)	72,1 (±3,2)	71,0 (±3,4)
Carne y derivados	85,6 (±1,5)	88,8 (±2,0)	82,6 (±2,3)	88,7 (±2,7)	85,8 (±2,5)	83,0 (±2,8)
Huevos	29,0 (±2,0)	28,3 (±2,8)	29,8 (±2,8)	27,2 (±3,8)	29,8 (±3,2)	29,6 (±3,4)
Pescado	48,9 (±2,2)	47,6 (±3,1)	50,0 (±3,1)	39,6 (±4,1)	51,8 (±3,5)	52,7 (±3,7)
Fruta fresca	73,0 (±1,9)	69,9 (±2,9)	75,9 (±2,6)	58,9 (±4,2)	71,1 (±3,2)	85,9 (±2,6)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 2

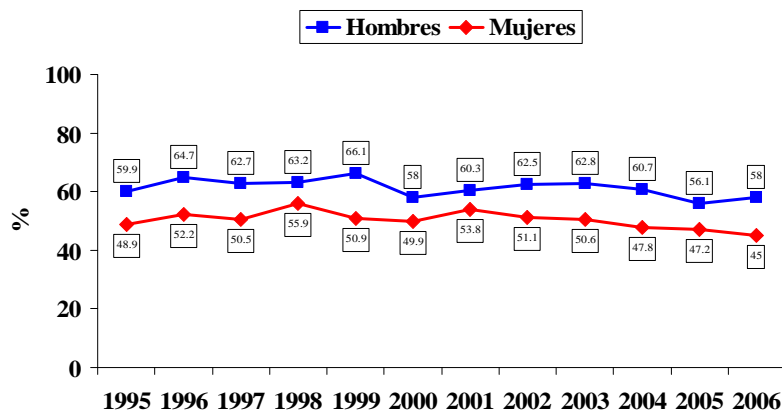
Evolución del consumo de lácteos, y fruta/verduras. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

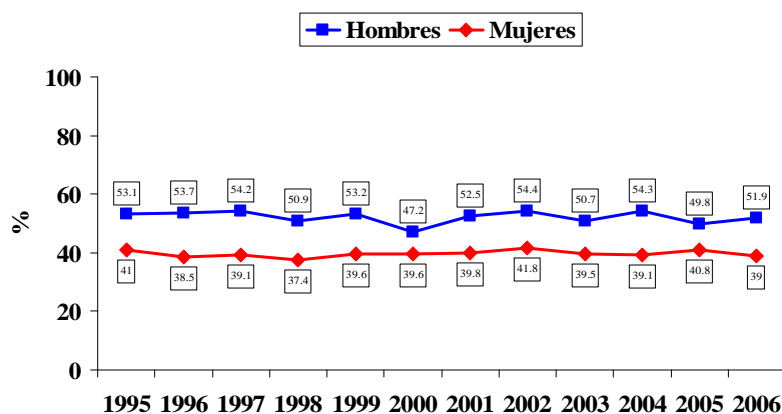


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 3

Evolución del consumo de cárnicos. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.3. REALIZACIÓN DE DIETAS

Un 14,6% ha realizado algún tipo de dieta en los últimos seis meses y un 9,7% ha realizado durante este período alguna dieta para adelgazar. La proporción de mujeres que ha realizado dietas para adelgazar es 2,2 veces más frecuente que en hombres.

Al comparar los promedios de 2005 y 2006 respecto a 1995 y 1996, se produce un moderado descenso de este indicador en las mujeres (17,7%) mientras que en los hombres esta disminución es inferior (4,5%) (gráfico 4).

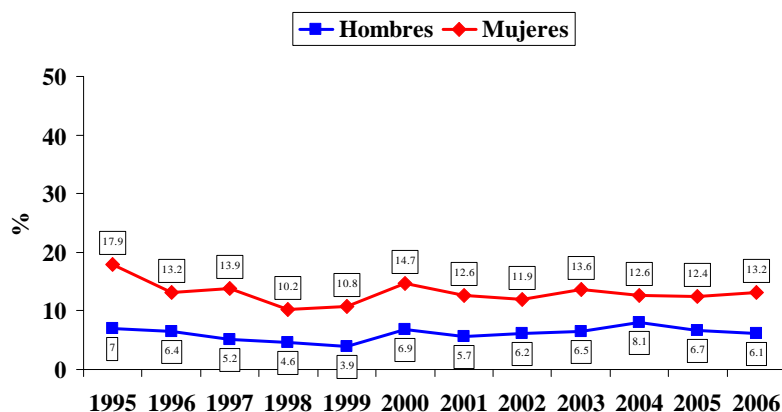
Tabla 5.
Proporción de personas que han realizado dietas en los últimos seis meses

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún tipo de dieta	14,6 (±1,5)*	10,5 (±1,9)	18,5 (±2,4)	15,0 (±3,0)	13,4 (±2,4)	15,5 (±2,7)
Dieta para adelgazar	9,7 (±1,3)	6,1 (±1,5)	13,2 (±2,1)	10,9 (±2,6)	10,3 (±2,1)	8,2 (±2,0)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 4

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN REALIZADO DIETAS PARA ADELGAZAR EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2006



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.4. ANTROPOMETRÍA

El Índice de Masa Corporal, definido como el cociente del peso en Kg/talla en m², ha sido utilizado ampliamente como indicador de adiposidad²⁰. En el caso del SIVFRENT, se estima a partir del peso y talla autoinformados por el entrevistado. Para establecer los puntos de corte se ha utilizado la clasificación propuesta por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad que figura en la tabla 6²¹.

El 3,2% tiene un peso insuficiente, siendo mucho más frecuente en las mujeres con una prevalencia del 5,4%. Asimismo, la frecuencia es mucho más elevada en el grupo de edad más joven. Por otro lado, el 41,1% del conjunto de la población adulta de 18 a 64 años tiene sobrepeso u obesidad, correspondiendo una prevalencia del 17,8% al sobrepeso de grado I, del 15,6% al sobrepeso de grado II, y del 7,7% a la obesidad. Tanto el sobrepeso como la obesidad es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, y se incrementa rápidamente a medida que aumenta la edad.

La tendencia (gráfico 5) describe en los hombres un incremento consistente del sobrepeso y obesidad del 23,9%, comparando los promedios de 2005 y 2006 respecto al de los dos primeros años de la serie. En las mujeres este incremento es del 14,7%.

Tabla 6.- Distribución del Índice de Masa corporal

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Peso insuficiente ^(a)	3,2 (±0,8)*	0,8 (±0,6)	5,4 (±1,4)	7,3 (±2,2)	2,3 (±1,1)	0,9 (±0,7)
Sobrepeso grado I ^(b)	17,8 (±1,7)	21,7 (±2,6)	14,1 (±2,1)	10,1 (±2,6)	18,0 (±2,7)	23,6 (±3,2)
Sobrepeso grado II ^(c)	15,6 (±1,6)	20,1 (±2,5)	11,2 (±1,9)	6,5 (±2,1)	14,3 (±2,5)	24,1 (±3,2)
Obesidad ^(d)	7,7 (±1,2)	9,7 (±1,9)	5,8 (±1,4)	4,1 (±1,7)	7,8 (±1,9)	10,4 (±2,3)

* Intervalo de confianza al 95%

(1) Índice de Masa Corporal <18,5

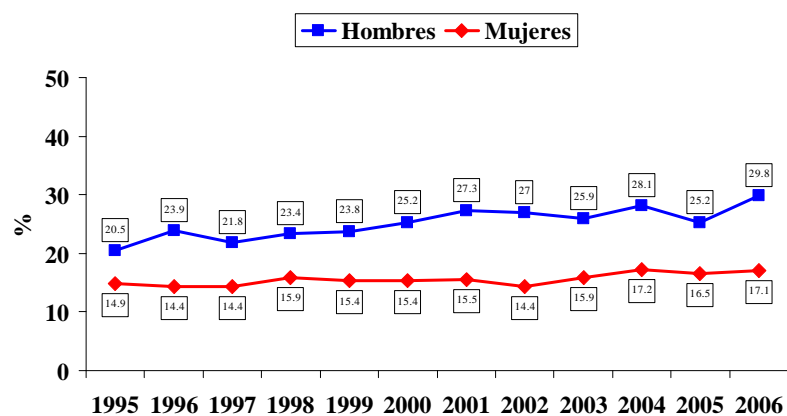
(2) Índice de Masa Corporal 25-26,9

(3) Índice de Masa Corporal 27-29,9

(4) Índice de Masa Corporal >=30

Gráfico 5

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS CON SOBREPESO DE GRADO II U OBESIDAD*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID 1995-2006



*Índice de Masa Corporal >=27

Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.5. CONSUMO DE TABACO

El 56,1% de los entrevistados ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida. En función de la situación actual de consumo, un 33,2% fuman actualmente (incluye a los fumadores diarios y a los que consumen con una periodicidad inferior a la diaria), y un 30,5% son fumadores diarios. La proporción de exfumadores es del 22,9% (gráfico 6).

El consumo de 20 cigarrillos o más al día es de un 11,7% respecto al total de entrevistados, y del 38,4% en los fumadores diarios.

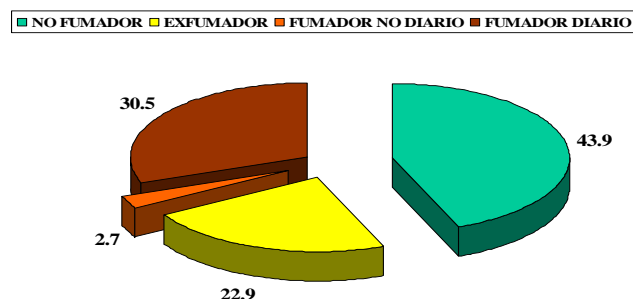
La proporción de abandono, definida como el número de exfumadores entre el número de fumadores y exfumadores, es del 40,8%, y del total de fumadores actuales un 12,5% está pensando en dejar de fumar en el plazo de un mes y un 15,8% en los próximos 6 meses. Por otra parte, el 32,7% de los fumadores diarios ha realizado algún intento serio para abandonar el consumo (haber estado al menos 24 horas sin fumar) durante el último año.

La proporción de fumadores actuales es ligeramente más frecuente en hombres que en mujeres, principalmente por el mayor consumo en hombres de edad más avanzada.

Respecto a la evolución, en los hombres continúa el descenso experimentado en la década de los ochenta y noventa. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso es del 19,6% (gráfico 7). Esta disminución está motivada tanto por el incremento del número de exfumadores (gráfico 8), como por la menor prevalencia de consumo de las cohortes jóvenes. Por este motivo se espera que a corto plazo continuará produciéndose un descenso del consumo. En las mujeres, después de alcanzar una prevalencia máxima durante la primera parte de la década pasada y unos años posteriores de estabilización, se observa a partir del año 2000 un descenso del consumo de tabaco, especialmente en los últimos tres años. Al igual que en los hombres, este descenso está motivado por un incremento del número de exfumadoras (gráfico 8) y un importante descenso del consumo en la población más joven, por lo que se espera también que en los próximos años continúe disminuyendo la prevalencia. Comparando los dos últimos años de la serie respecto a los dos primeros, el descenso del tabaquismo en mujeres ha sido del 14,3%.

Gráfico 6

CLASIFICACIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO.
POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2006



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Ha fumado > 100 cigarrillos en la vida	56,1 (±2,2)*	61,9 (±3,0)	50,6 (±3,1)	49,4 (±4,2)	60,2 (±3,5)	56,9 (±3,7)
Fumadores actuales ^(a)	33,2 (±2,1)	35,1 (±3,0)	31,4 (±2,8)	37,2 (±4,1)	35,5 (±3,4)	27,6 (±3,3)
Fumadores diarios	30,5 (±2,0)	31,6 (±2,9)	29,5 (±2,8)	33,5 (±4,0)	32,8 (±3,3)	25,7 (±3,2)
Consumo 20 ó más cigarrillos	11,7 (±1,4)	14,4 (±2,2)	9,1 (±1,8)	7,2 (±2,2)	13,4 (±2,4)	13,2 (±2,5)
Proporción de abandono ^(b)	40,8 (±2,9)	43,3 (±3,9)	37,9 (±4,2)	24,7 (±5,2)	40,9 (±4,5)	51,5 (±4,9)

* Intervalo de confianza al 95%

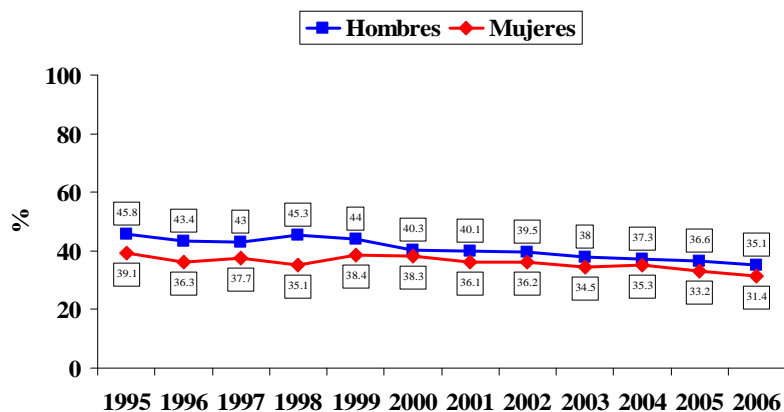
^(a) Fumador ocasional o diario

^(b) Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

GRÁFICO 7

Evolución del consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

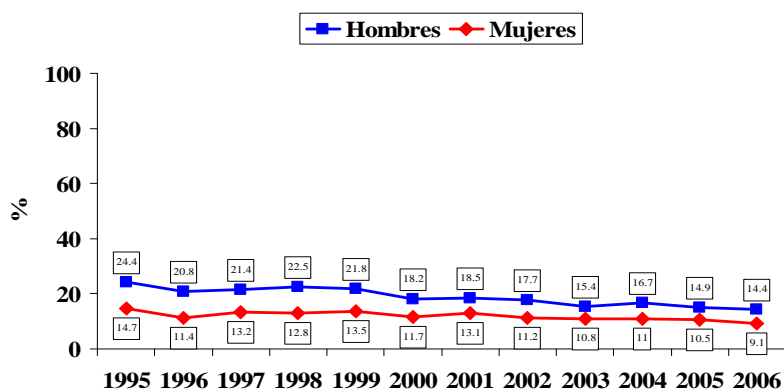
PROPORCIÓN DE FUMADORES ACTUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Fumador ocasional o diario

PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES* DE 20 O MÁS CIGARRILLOS DIARIOS



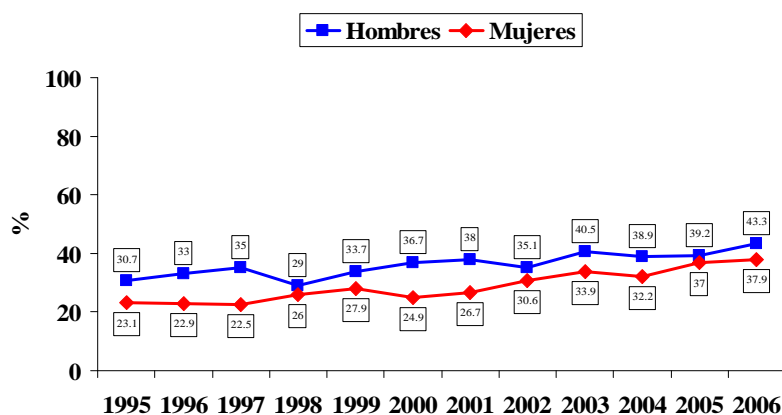
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Del total de la muestra

GRÁFICO 8

Evolución del abandono e intentos para dejar de fumar. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

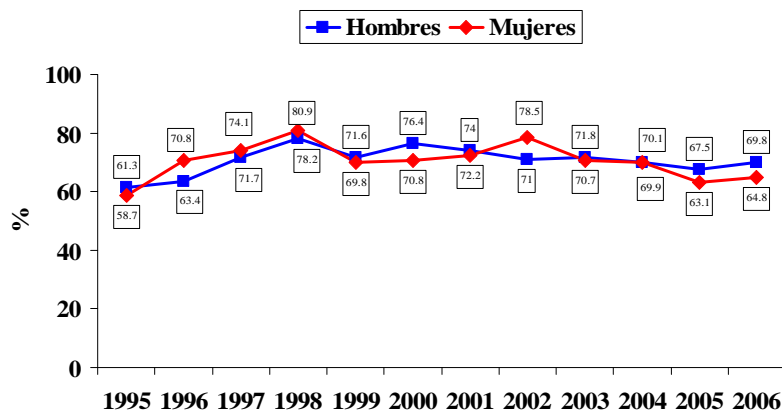
PROPORCIÓN DE ABANDONO* DEL CONSUMO DE TABACO



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Exfumadores/fumadores actuales + exfumadores

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.6. CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo medio per cápita semanal de alcohol fue de 52 gramos (g), 78 g en hombres y 27 g en mujeres.

El 54,3% son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Para clasificar según la cantidad promedio de consumo de alcohol se estima el total de alcohol ingerido durante la última semana mediante la frecuencia de consumo de diversas bebidas alcohólicas, considerando como bebedor/a moderado/a aquellas personas cuyo consumo diario es de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres. Bebedores a riesgo desde la perspectiva del volumen promedio ingerido son aquellos hombres y mujeres con consumos de ≥ 40 g/día y ≥ 24 g/día respectivamente.

Globalmente un 3,6% son clasificados como bebedores con consumos promedio de riesgo, un 53,9% como bebedores moderados y un 42,5% como no bebedores (gráfico 9). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,3 veces mayor que en mujeres.

Un 9,3% ha realizado al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de ≥ 80 g y ≥ 60 g en hombres y mujeres respectivamente). Este consumo es 2,2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (23,3%).

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizan al menos alguno de los consumos de riesgo (volumen promedio o excesivo en una misma ocasión), es del 11,0%, un 15,5% de los hombres y un 6,8% de las mujeres. La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, casi uno de cada cuatro, debido como observábamos anteriormente a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

Del total de bebedores habituales, un 15,2% tienen el test de CAGE²²⁻²⁴ positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en que consiste el test). Este indicador también es más frecuente en hombres que en mujeres.

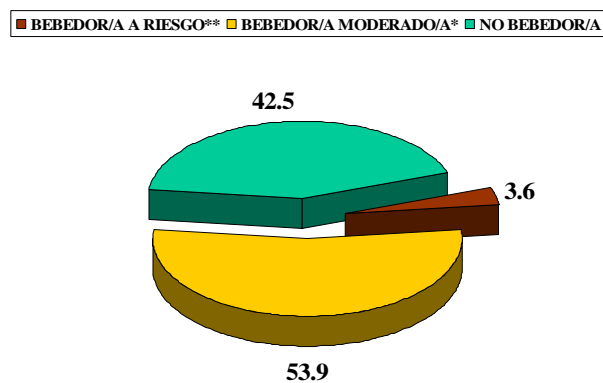
Por último, un 2,3% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 3,7%, frente al 0,7% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución favorable, especialmente en los hombres. Por un lado, la proporción de bebedores habituales se mantiene relativamente estable en ambos sexos. Sin embargo, la proporción de bebedores de riesgo según el volumen promedio ingerido disminuye en hombres y mujeres un 45,4% y 11,5% respectivamente, comparando los promedios 2005-2006 respecto a 1995-1996. El consumo excesivo en una misma ocasión (gráfico 11) sólo disminuye en hombres (un 23,5%),

aumentando en mujeres ligeramente (3,3%). Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (gráfico 11) se reduce en hombres y mujeres aunque la variabilidad en la población femenina es muy elevada dado que la prevalencia promedio de toda la serie es alrededor del 1%.

Gráfico 9

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA CANTIDAD DE ALCOHOL PROMEDIO CONSUMIDA. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2006



Fuente: SIVFRENT-A Consejería de Sanidad

* Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres

** Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

Tabla 8.- Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Bebedores habituales ^(a)	54,3 (±2,2)*	67,8 (±2,9)	41,3 (±3,0)	55,0 (±4,2)	52,5 (±3,5)	55,7 (±3,7)
Bebedores con consumo promedio de riesgo ^(b)	3,6 (±0,8)	5,1 (±1,4)	2,2 (±0,9)	4,3 (±1,7)	3,4 (±1,3)	3,3 (±1,3)
Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días ^(c)	9,3 (±1,3)	12,9 (±2,1)	5,8 (±1,4)	23,3 (±3,6)	5,9 (±1,7)	2,2 (±1,1)
Consumo de riesgo global ^(d)	11,0 (±1,4)	15,5 (±2,3)	6,8 (±1,5)	23,7 (±3,6)	7,7 (±1,9)	4,9 (±1,6)
Test CAGE + en bebedores habituales	15,2 (±2,1)	18,2 (±2,9)	10,4 (±2,9)	17,8 (±4,4)	17,4 (±3,7)	10,8 (±3,1)
Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días	2,3 (±0,7)	3,7 (±1,3)	0,7 (±0,6)	4,9 (±2,1)	2,4 (±1,2)	0,2 (±0,4)

* Intervalo de confianza al 95%

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

^(b) Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

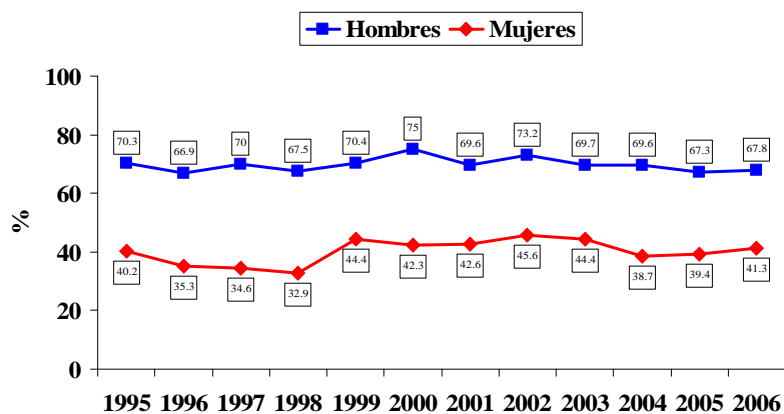
^(c) Consumo en un corto período de tiempo de ≥ 80 g en hombres y ≥ 60 g en mujeres

^(d) Consumo promedio de riesgo y/o excesivo de riesgo en una misma ocasión

GRÁFICO 10

Evolución del consumo de alcohol. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

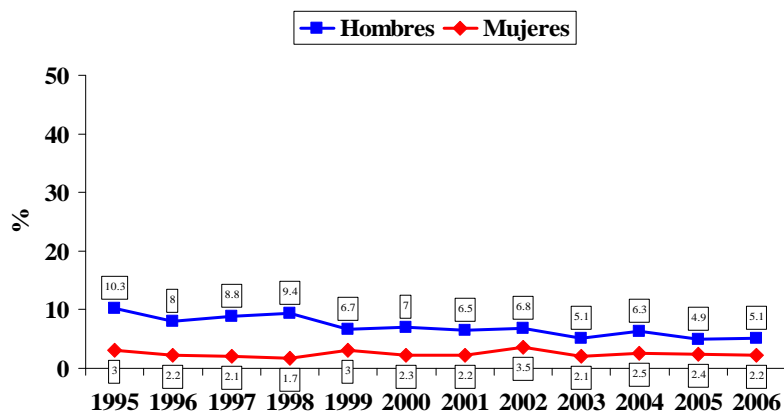
PROPORCIÓN DE BEBEDORES HABITUALES*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

PROPORCIÓN DE BEBEDORES CON CONSUMO PROMEDIO DE RIESGO*



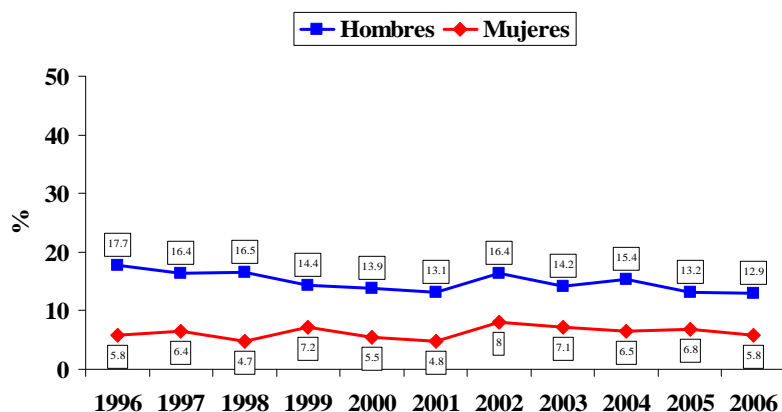
Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Consumo de alcohol de ≥ 40 g/día en hombres y ≥ 24 g/día en mujeres

GRÁFICO 11

Evolución del consumo excesivo en una misma ocasión y conducir bajo los efectos del alcohol . Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2006

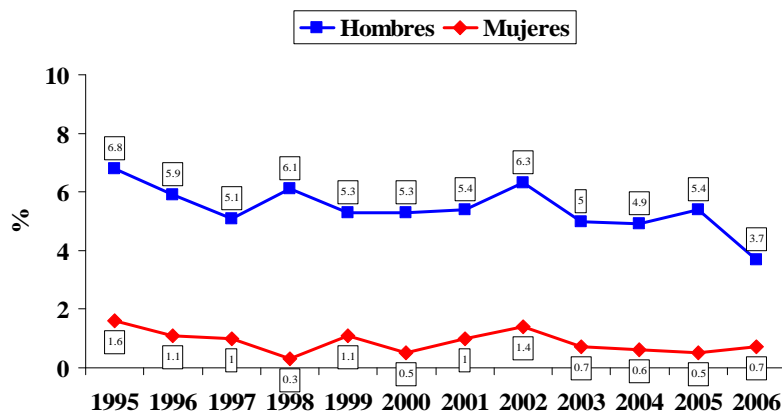
PROPORCIÓN DE CONSUMO EXCESIVO EN UNA MISMA OCASIÓN*



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.7. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

En las tablas 9-11 podemos observar la proporción de personas que se han realizado medición de la tensión arterial, colesterol, citologías y mamografías de acuerdo a los criterios de detección recomendados por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria²⁵.

Una gran mayoría de entrevistados afirma realizarse el control de la tensión arterial y colesterol, aunque alrededor del 10,0% no cumple ambas recomendaciones.

Un 13,7% del total de entrevistados afirma que un médico o enfermera le ha comunicado que tiene la tensión arterial elevada. De ellos, el 54,2% está tomando medicación, el 48,0% se controla el peso, un 64,0% ha reducido la ingesta de sal, y un 38,2% hace ejercicio físico. El 76,0% sigue alguna de estas cuatro recomendaciones para controlar la tensión arterial y el 24,0% no realiza ninguna.

A un 17,9% le han comunicado que tiene elevado el nivel de colesterol. De ellos, un 26,7% toma medicamentos, el 60,7% realiza dieta baja en grasas o colesterol, y el 30,4% practica ejercicio físico. El 71,3% sigue alguna de estas tres recomendaciones mientras que el 28,7% no realiza ninguna.

Por otro lado, un 7,3% de las mujeres de 35 a 64 años no se ha realizado citologías desde hace cinco años, y un 8,2 de las mujeres de 50 a 64 años no se ha realizado mamografías desde hace dos años.

Todos los indicadores relacionados con la realización de prácticas preventivas han mejorado en estos diez años de estudio. Destaca especialmente la realización de mamografías – en 1999 se puso en marcha el programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la Comunidad de Madrid- con un incremento del 79,6% comparando el promedio del año 2005 y 2006 con el de 1995 y 1996 (gráfico 14).

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

PERÍODO DE TIEMPO	EDAD	TOTAL
Medición de tensión arterial <5 años ^(a)	18 - 40 años	94,2 (±1,4)*
Medición de tensión arterial ≤2 años	> 40 años	93,2 (±1,6)
Medición de colesterol alguna vez en la vida	Hombres < 35 años	91,4 (±2,8)
	Mujeres < 46 años	95,1 (±0,8)
Medición de colesterol <5 años	Hombres ≥35 años	94,3 (±1,8)
	Mujeres ≥46 años	96,0 (±2,1)

* Intervalo de confianza al 95%

^(a) Medición de la tensión arterial hace menos de 5 años

Tabla 10.- Proporción de personas con tensión arterial y colesterol elevados

	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Tensión arterial elevada	13,7 (±1,5)*	15,4 (±2,3)	12,1 (±2,0)	5,2 (±1,9)	9,0 (±2,0)	25,6 (±3,2)
Colesterol elevado	17,9 (±1,7)	19,0 (±2,5)	16,8 (±2,3)	6,3 (±2,1)	14,3 (±2,5)	31,0 (±3,4)

* Intervalo de confianza al 95%

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

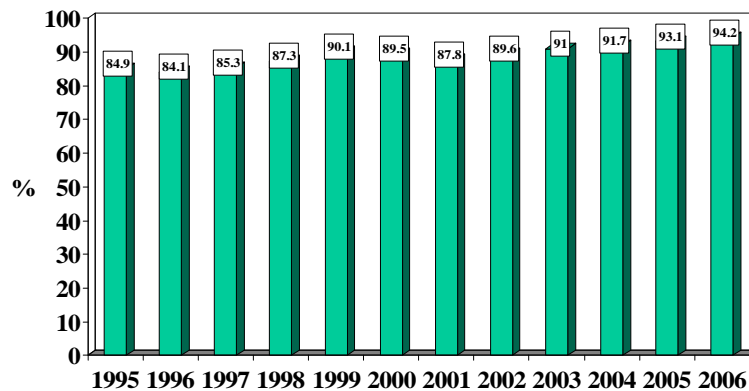
	Edad	TOTAL
Realización de citologías < 5 años	≥35 años	92,7 (±2,0)*
Realización de mamografías ≤2 años	≥50 años	91,8 (±3,2)

* Intervalo de confianza al 95%

GRÁFICO 12

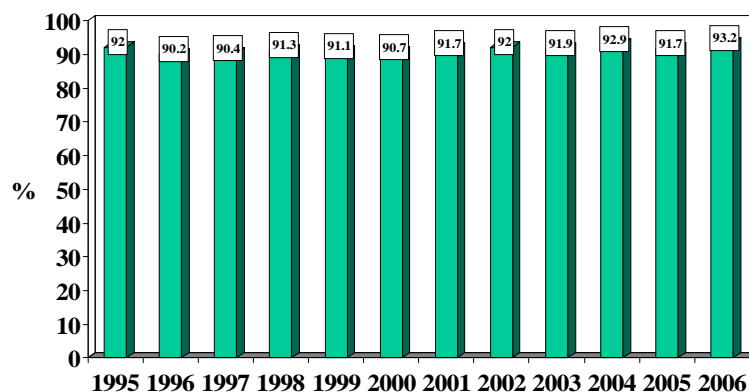
Evolución de la medición de tensión arterial. Comunidad de Madrid, 1995-2006

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

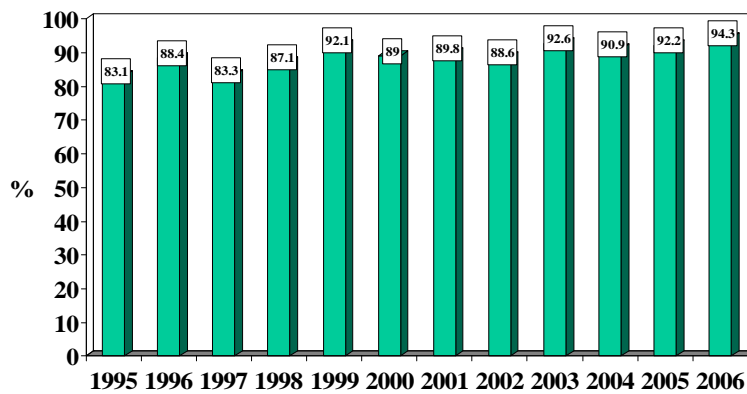


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 13

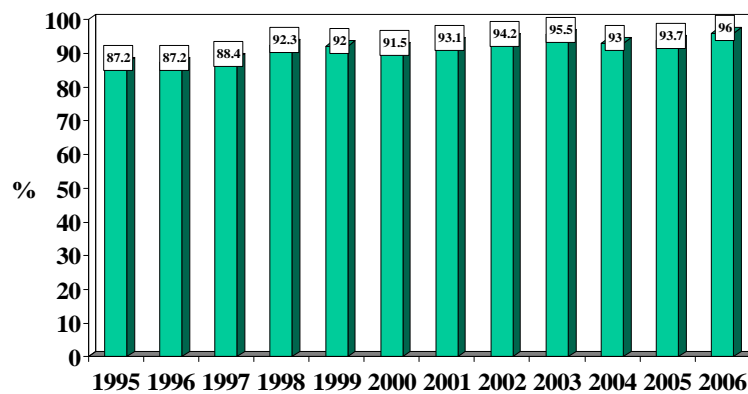
Evolución de la medición del colesterol. Comunidad de Madrid, 1995-2006

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

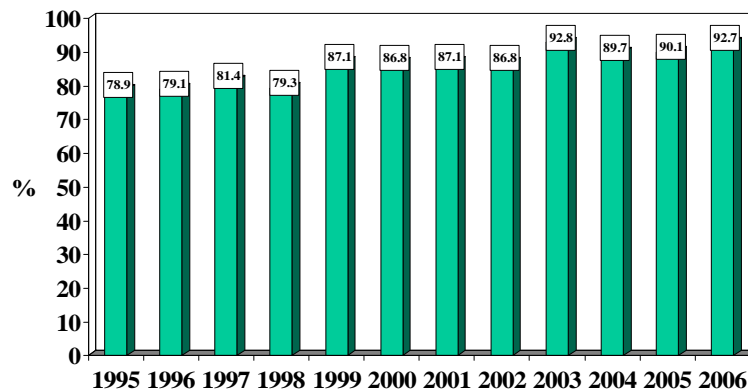


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 14

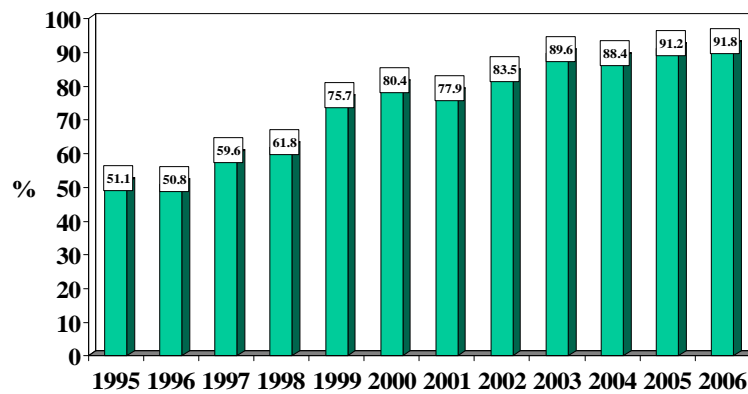
Evolución de la realización de citologías y mamografías. Comunidad de Madrid, 1995-2006

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.8. ACCIDENTES

Un 7,9% ha tenido algún accidente en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico. La prevalencia es dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, así como en el grupo de edad más joven.

Un 0,8% del total de entrevistados tuvo un accidente de tráfico en los últimos 12 meses cuyas heridas necesitaron tratamiento médico.

Durante los últimos 12 meses un 0,5% del total de entrevistados estuvieron ingresados en un hospital más de 24 horas y un 4,7% fue atendido en urgencias de un hospital, teniendo como referencia el último accidente en el caso de que hubieran relatado más de uno.

Se observa una moderada reducción en la frecuencia de accidentes, con una disminución del 10,7% en hombres y del 27,9% en mujeres durante el 2005-2006 respecto a 1995-1996 (gráfico 15).

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

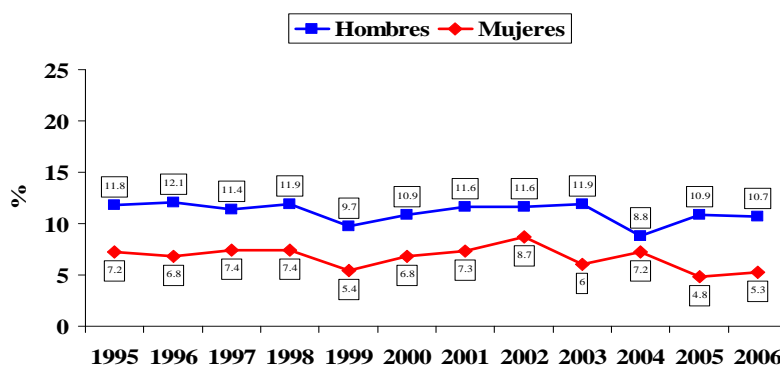
	TOTAL	GÉNERO		EDAD		
		Hombre	Mujer	18-29	30-44	45-64
Algún accidente	7,9 (±1,2)*	10,7 (±1,9)	5,3 (±1,4)	9,8 (±2,5)	8,6 (±2,0)	5,7 (±1,7)
Accidente de tráfico	0,8 (±0,4)	1,1 (±0,7)	0,5 (±0,4)	1,3 (±1,0)	1,0 (±0,7)	0,1 -**

* Intervalo de confianza al 95%

** Variación superior al 100%

GRÁFICO 15

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE HAN TENIDO ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2006



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.9. SEGURIDAD VIAL

Un 7,1% del total de personas que viajan en coche no utiliza siempre el cinturón de seguridad en asientos delanteros por ciudad. Este porcentaje se reduce al 1,2% en la conducción por carretera.

Un 5,4% ha viajado en moto por ciudad durante el último mes. De ellos, un 3,7% no utiliza siempre el casco. El 3,6% ha viajado en moto por carretera en el último mes, no utilizando casco el 1,4% de ellos.

Hay que tener en cuenta que debido a la escasa frecuencia de estos indicadores, están sometidos a una gran variabilidad muestral por lo que sus estimaciones son muy inestables. A pesar de esta limitación, en los gráficos 16 y 17 podemos apreciar el cambio favorable tan grande que se ha producido en estos doce años en los cuatro indicadores analizados. Comparando la frecuencia de no utilización en los años 2005-2006 respecto a los dos primeros de la serie, la disminución del no uso habitual del cinturón por ciudad y carretera es respectivamente del 72,2% y 75,2%. Asimismo, la disminución del uso del casco en moto es del 64,1% y 87,5%.

Tabla 13.- No utilización “siempre” del cinturón de seguridad y casco en moto

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

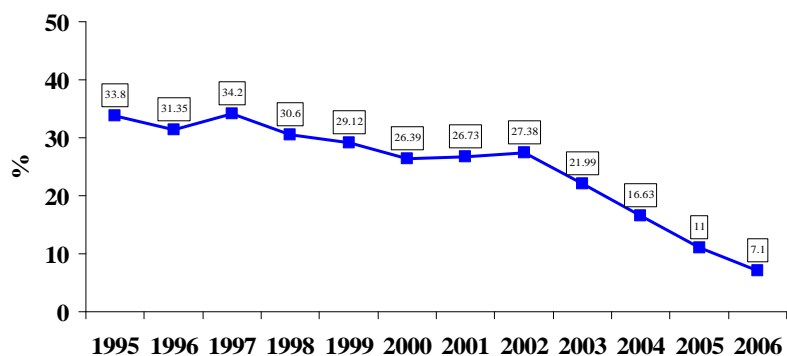
* Intervalo de confianza al 95%

** Variación superior al 100%

GRÁFICO 16

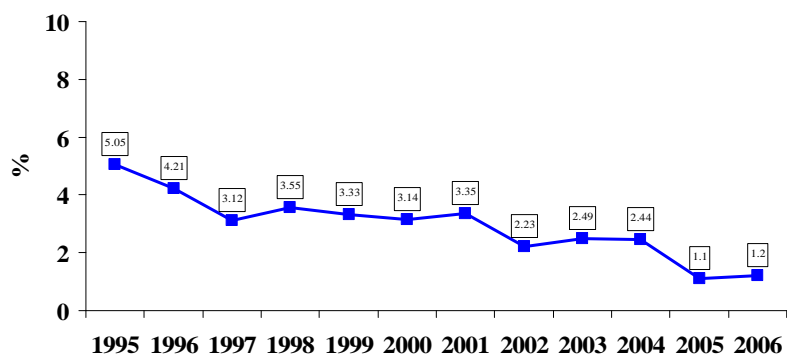
Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el cinturón de seguridad por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2006.

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CIUDAD



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE NO UTILIZAN SIEMPRE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD POR CARRETERA

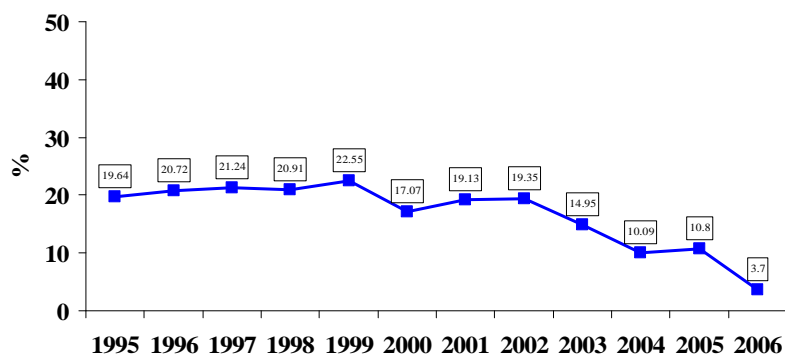


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

GRÁFICO 17

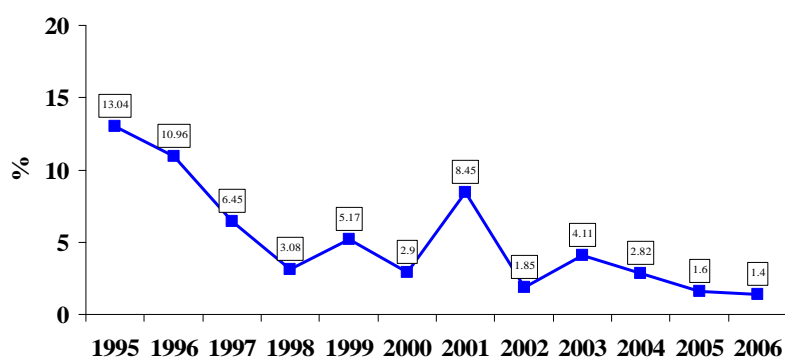
Evolución de la proporción de personas que no utilizan siempre el casco en moto por ciudad y carretera. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid 1995-2006.

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

4.10. AGREGACION DE FACTORES

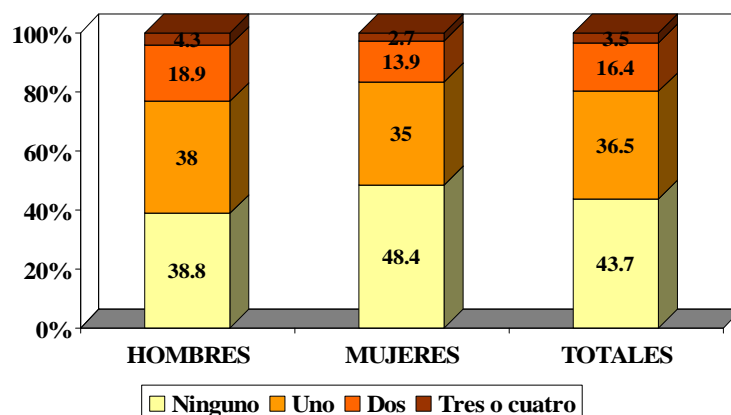
Con el fin de conocer la acumulación o agregación de factores de riesgo, hemos considerado cuatro indicadores que tienen relación con los factores de riesgo clásicos: consumo de tabaco, alcohol, actividad física y alimentación. En el caso del tabaco y alcohol hemos seleccionado como indicadores dos de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

El 43,7% de los entrevistados no tiene ningún factor de riesgo, el 36,5% tiene uno, el 16,4% dos, el 3,4% tres, y el 0,1% cuatro (gráfico 18). Globalmente, aunque la agrupación es más frecuente en los hombres que en las mujeres, se observan importantes diferencias según la edad ya que en el grupo más joven la frecuencia de agregación es muy parecida, en el de 30 a 44 años se aprecia ya un incremento en los hombres, pero es en el grupo de 30 a 44 años donde se extreman las diferencias siendo algo más de dos veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (gráfico 19).

Por último, en el gráfico 20 se puede observar la tendencia a corto plazo de la proporción de personas con dos o más factores de riesgo. En hombres, la tendencia es ligeramente descendente, con una disminución porcentual durante 2005 y 2006 comparado con 1995-1996, del 21,8%. En las mujeres, la prevalencia está muy estabilizada.

GRÁFICO 18

AGRUPACIÓN DE FACTORES DE RIESGO*. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2006

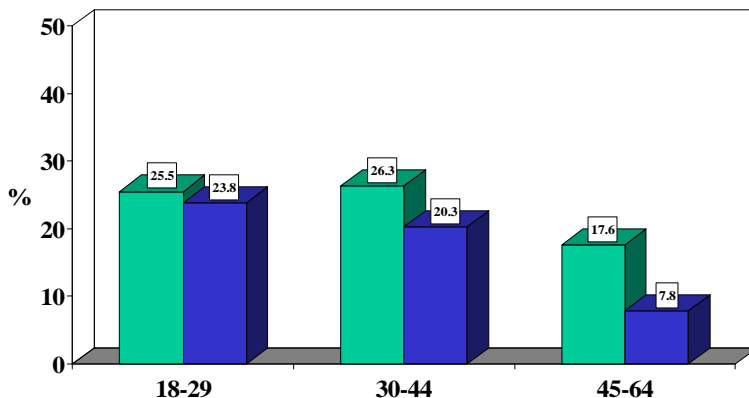


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

* Sedentarios en tiempo libre y ocupación; fumador actual; consumo promedio de alcohol de riesgo; dieta desequilibrada

GRÁFICO 19

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 2006

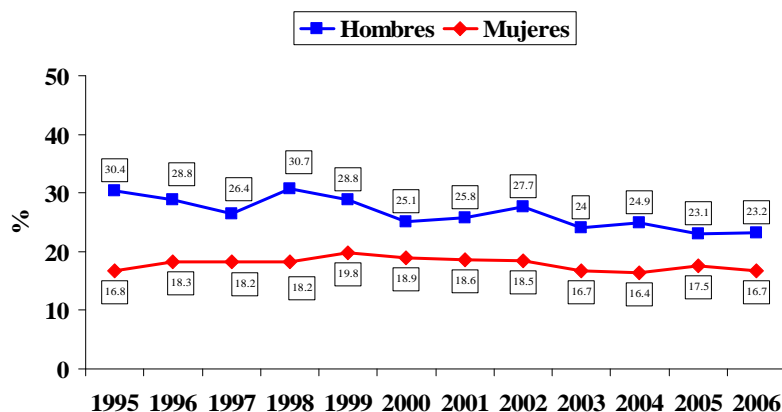


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

GRAFICO 20

EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE TIENEN DOS O MÁS FACTORES DE RIESGO*, SEGÚN GÉNERO Y EDAD. POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS. COMUNIDAD DE MADRID 1995-2006



Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad

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

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 10:1238-45.
2. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet 1997; 349:1436-1442.
3. Berkelman RL, Buehler JW. Public health surveillance of non-infectious chronic diseases: The potential to detect rapid changes in disease burden. Int J Epidemiol 1990; 19:628-635.
4. Morabia A. Annotación: from disease surveillance to the surveillance of risk factors. Am J Public Health 1996; 86:625-7.
5. Choi BC. Perspectives on epidemiologic surveillance in the 21st Century. Chronic Dis Can 1998; 19:145-51.
6. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIVFRENT). Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1996, 4(12):3-15.
7. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1996. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997, 5(3):3-14.
8. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población adulta de la comunidad de Madrid, 1997. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1998, 15(5):3-21.
9. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en adultos, 1998. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1999, 6(2):3-33.
10. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta, 1999. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2000, 6(9 Supl):3-28.
11. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2000. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001, 7:3-30.
12. Consejería de Sanidad. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2001. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002, 8:3-32.
13. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2003, 9:3-34.
14. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2003. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2004, 10:3-37.
15. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2004. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005, 11:3-36.

16. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, año 2005. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2006, 12:3-36.
17. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en los hogares. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/estructutic.htm>
18. Nicholls II WL. Computer-assisted telephone interviewing: a general introduction. En: Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J editores. Telephone survey methodology. Nueva York: John Wiley & Sons Inc;1988:377-85.
19. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc 2000;32(9 Suppl):498-504.
20. Garrow JS. Indices of adiposity. Nutr Abstr Rev 1983; 52:697-708.
21. Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barc) 2000; 115:587-597.
22. Alvarez FJ; Del Río C. Screening for problems drinkers in a general population survey by use of the CAGE scale. J. Estud. Alcohol. 1994; 55:471-474.
23. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. Can Med Assoc 1997; 157: 1529-1535.
24. Bühler A, Kraus L, Augustin R, Kramer S. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: Characteristics of congruently and incongruently identified participants. Addict Behav 2004; 29: 867-878.
25. Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.



ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

**Período analizado: Año 2007, semanas 27 a 30
(del 1 al 28 de julio de 2007)**

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.

LEISHMANIASIS, AÑO 2006

En la Comunidad de Madrid, la leishmaniasis es una enfermedad de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

La definición clínica de caso depende de la forma de enfermedad que estemos considerando:

Leishmaniasis Cutánea: El cuadro se caracteriza por una lesión granulomatosa única y excepcionalmente múltiple, que, si no se produce sobreinfección bacteriana, cura espontáneamente sin otra secuela que una pequeña cicatriz. Existe una forma difusa de esta enfermedad que no cura espontáneamente y que tiende a las recaídas después del tratamiento.

Leishmaniasis Cutáneo-mucosa: El cuadro se caracteriza por la aparición de lesiones que pueden conducir a una destrucción extendida y desfigurante de las mucosas de la nariz, boca o garganta (leishmaniasis faríngea).

Leishmaniasis Visceral: Este cuadro se caracteriza por un comienzo insidioso, manifestándose con fiebre, malestar general, anorexia y pérdida de peso. Más tarde aparece una marcada esplenomegalia, generalmente blanda e indolora, hepatomegalia moderada, adenopatías en regiones inguinal y cervical, anemia y trombocitopenia.

Se considera caso *sospechoso* aquel que presenta una enfermedad compatible con la definición clínica, y caso *probable* el que es clínicamente compatible y presenta serología positiva a Leishmania. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la demostración de la presencia del parásito (visualización, PCR) en aspirados o material de biopsia obtenidos de los bordes de la lesión (leishmaniasis cutánea y cutáneo-mucosa) o de médula ósea, hígado, bazo o ganglios linfáticos (leishmaniasis visceral), o bien mediante el aislamiento del parásito.

Incidencia

Durante el año 2006 se han notificado 19 casos de leishmaniasis, lo que supone una incidencia acumulada de 0,32 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 5 casos menos que en el año anterior.

En 2006 no se notificó ningún caso de leishmaniasis en las áreas 1, 2, 3, 4 y 10. Entre las restantes áreas fue la 9 la que presentó la mayor incidencia con 1,00 casos por 100.000 habitantes, seguida del área 8 con 0,85 casos por 100.000 habitantes. Los casos fueron notificados por 10 distritos sanitarios, observándose las mayores incidencias en Móstoles (área 8), Leganés (área 9), Majadahonda (área 6) y Fuencarral (área 5), con 1,86, 1,64, 1,36 y 0,97 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Evolución temporal

La evolución temporal de los casos de leishmaniasis se muestra en los gráficos 1 y 2. En el gráfico 1 se compara el nº de casos notificados en 2006 con la mediana y el percentil 75 del periodo 2001-2005, se observa un mayor número de casos en las semanas 16 y 17 aunque no se puede describir un patrón de presentación particular. En el gráfico 2 se muestra la evolución de la incidencia de la enfermedad desde el año 2001, apreciándose una tendencia descendente a lo largo del periodo, aunque con un ligero incremento en 2004.

Casos notificados

Se han clasificado como confirmados 17 casos (89,5%), un caso se ha clasificado como probable por presentar serología positiva a Leishmania y el otro caso se ha considerado sospechoso. En el 63,2% de los casos el diagnóstico se realizó gracias a la demostración de la presencia del parásito en aspirados o material de biopsia y en el 31,6% mediante cultivo.

El 73,7% de los casos notificados en 2006 fueron hombres. El rango de edad osciló entre 8 meses y 70 años, siendo destacable que el 31,6% de los casos estaba en edad pediátrica (gráfico 3).

En un caso no se dispone de información sobre el país de origen y el 77,8% de los casos restantes se produjo en españoles.

En 2 casos no consta el tipo de enfermedad, el 94,1% de los casos restantes corresponde a la forma visceral y el 5,9% a la forma cutánea.

En todos los casos fue preciso el ingreso hospitalario.

Se ha recogido la existencia de los siguientes factores de riesgo: enfermedad inmunosupresora (26,3%), tratamiento inmunosupresor (15,8%), alcoholismo (5,3%), exUDVP (5,3%) y antecedente de trasplante (5,3%).

En la investigación de factores de riesgo ambientales se recogió la existencia de perros en el entorno en 5 casos, de explotaciones ganaderas en 2 casos y de mosquitos en uno. En un caso consta el antecedente de viaje a zona endémica.

Conclusiones

En 2006 se ha registrado la menor incidencia de leishmaniasis de todo el periodo estudiado, continuando con la tendencia descendente ya señalada. La distribución de los casos no se ha producido de forma homogénea por toda la comunidad, localizándose únicamente en 10 distritos sanitarios. Al igual que en años anteriores, hay que subrayar la aparición de casos en edad pediátrica. En 2006 se incluyeron las variables de recogida de información relacionada con el entorno en la versión informática del protocolo de leishmaniasis, lo que permitirá aportar más información sobre los focos de riesgo ambientales en los próximos años.

Gráfico 1.- LEISHMANIASIS. Comparación de la incidencia de la Leishmaniasis en la Comunidad de Madrid. Año 2006 y período 2001-2006.

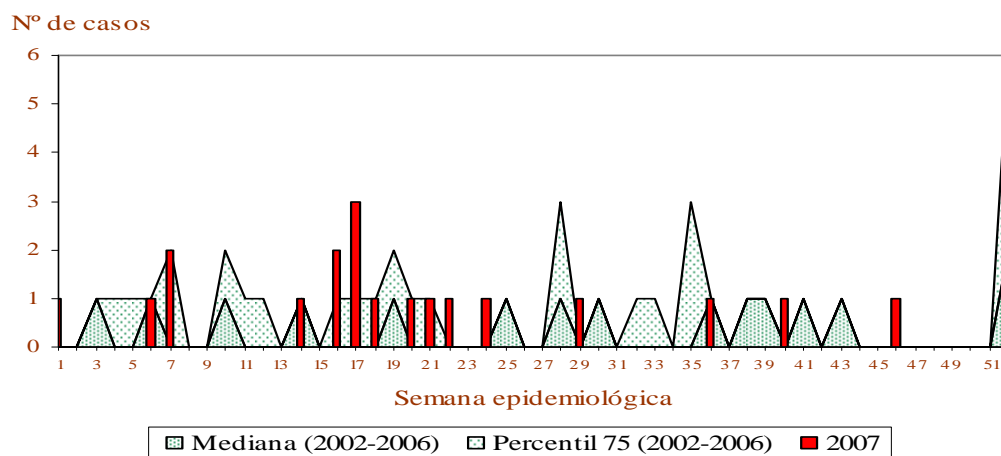


Gráfico 2.- LEISHMANIASIS. Evolución temporal de la incidencia de Leishmaniasis en la Comunidad de Madrid. Período 2001-2006.

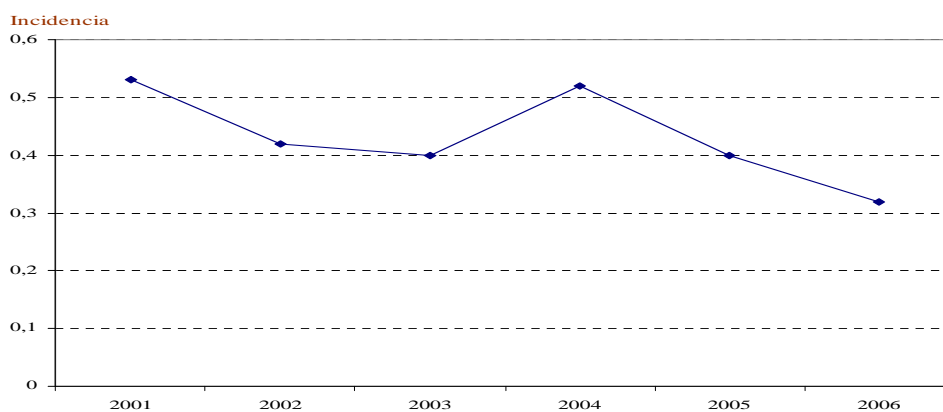
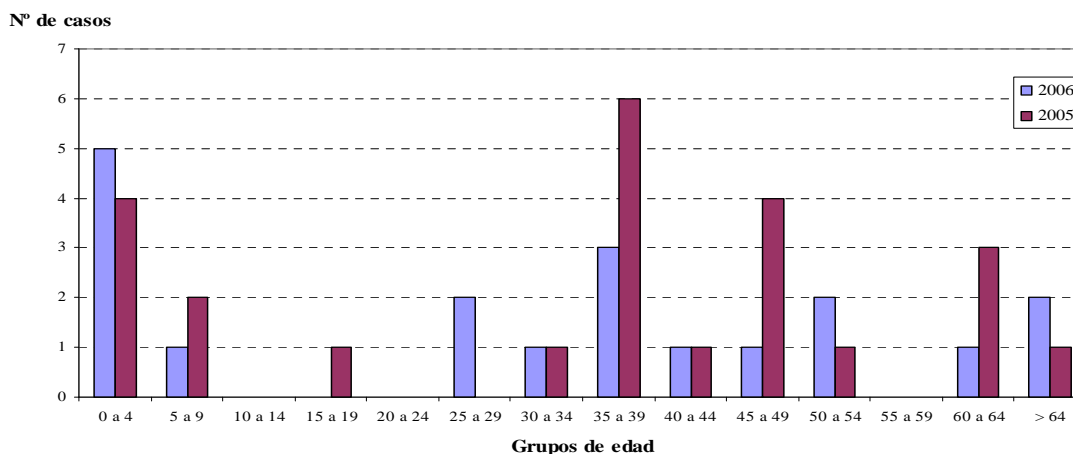


Gráfico 3.- LEISHMANIASIS. Distribución por grupos de edad. Años 2005 y 2006. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2007, semanas 27 a 30 (del 1 al 28 de julio de 2007)

Enfermedades	ÁREA 1		ÁREA 2		ÁREA 3		ÁREA 4		ÁREA 5		ÁREA 6		ÁREA 7		ÁREA 8		ÁREA 9		ÁREA 10		ÁREA 11		TOTAL***		
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.	
Inf que causan meningitis																									
Enf. meningocócica	1	9	0	7	1	5	0	8	0	8	1	4	2	5	0	2	0	5	0	3	0	9	5	65	
Enf. inv. H. influenzae	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
Meningitis bacterianas, otras	0	2	0	1	0	3	0	3	0	2	0	4	0	1	0	5	0	7	0	0	1	1	1	31	
Meningitis víricas	0	5	0	6	1	21	1	6	0	10	1	17	1	8	3	14	1	13	0	1	1	16	9	118	
Enf. neumocócica invasora	1	11	0	19	0	17	1	45	0	10	1	6	3	9	5	22	2	11	1	8	3	53	18	215	
Hepatitis víricas																									
Hepatitis A	1	7	0	4	0	6	1	3	1	7	1	16	1	3	0	5	0	0	0	6	0	14	5	72	
Hepatitis B	0	2	1	13	0	1	1	6	0	10	2	11	8	21	1	15	0	0	2	6	2	30	17	116	
Hepatitis víricas, otras	0	3	3	4	0	0	0	0	1	9	3	7	7	16	0	8	1	14	0	2	2	19	17	83	
Enf transmisión alimentos																									
Botulismo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Disentería	0	0	0	0	0	1	2	4	0	0	0	1	1	3	0	0	0	2	0	0	0	1	3	12	
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	1	0	10	
Triquinosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Enf transmisión respiratoria																									
Gripe	5	5022	1	4511	2	4002	21	4898	23	6747	3	6719	62	7000	1	4797	3	3655	0	2043	7	8224	128	57645	
Legionelosis	1	1	0	0	0	5	1	2	0	10	3	6	2	5	1	1	1	1	0	1	0	1	9	23	
Varicela	139	2035	129	1476	82	1072	89	980	252	2010	198	2328	153	1124	109	1160	128	1777	6	599	272	2437	1559	17005	
Enf transmisión sexual																									
Infección Gonocócica	0	3	0	3	0	1	1	5	2	18	2	13	2	26	0	0	2	8	2	3	4	22	15	103	
Sífilis	1	3	0	13	0	1	1	6	4	12	2	10	10	37	0	4	1	16	0	7	2	37	21	149	
Antropozoonosis																									
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	0	8	
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	2	9	
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enf prevenibles inmunización																									
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118	1429	
Parotiditis	1	42	2	170	4	69	7	163	30	214	27	302	22	146	4	71	13	96	2	32	6	113	0	0	
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
Rubéola	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	105	
Tos ferina	0	2	0	4	2	32	0	1	0	2	2	34	0	4	1	3	0	2	0	3	1	18	118	1429	
Enf importadas																									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Paludismo	0	2	0	1	2	7	1	6	0	2	0	2	0	3	0	2	6	17	0	3	3	10	12	56	
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis *																									
TB respiratoria*	14	79	2	32	1	41	6	39	10	42	4	25	9	71	6	41	7	56	3	35	11	103	76	601	
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	
Enf notificad sist especiales																									
E. E. T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	4	
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
Rubéola0congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sífilis0congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tétanos0neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P.F.A.0(<0150años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Poblaciones**	738.481		443.547		341.411		573.659		727.112		621.395		554.492		460.826		395.016		311.468		796.736		5.964.143		
Cobertura0de0Médicos	60,5%		74,9%		98,41%		74,54%		100,00%		100,00%		92,26%		67,04%		65,5%		9,95%		76,18%		77,53%		

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



BROTOS EPIDÉMICOS COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 27 a 30 (del 1 al 28 de julio 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 periodo correspondiente que han sido notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

Tabla 1. Brotes de origen alimentario. Año 2007. Semanas 27-30

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	
4	Madrid (San Blas)	C. ocupacional	65	29	Ensalada legumbres	Toxina*
4	Madrid (San Blas)	Restaurante	155	33	Desconocido	Desconocido
5	Madrid (Tetuán)	Restaurante	40	21	Desconocido	<i>S. enteritidis</i>
5	Madrid (Tetuán)	Restaurante	4	3	Helado	Desconocido
7	Madrid (Latina)	Familiar	4	4	Tortilla patatas	<i>Salmonella sp</i>
7	Madrid (Latina)	Familiar	5	5	Mayonesa casera	<i>S. enteritidis</i>
8	Villa del Prado	Familiar	7	6	Tortilla patatas	<i>Salmonella sp</i>
8	Colmenar de Arroyo	Familiar	4	4	Tortilla patatas	En investigación

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp = Expuestos; Enf = Enfermos

Entre las semanas epidemiológicas 27 y 30 de 2007 han ocurrido 8 **brotes de origen alimentario**, que han producido 105 casos conocidos y 14 hospitalizaciones. Cuatro de los brotes se han limitado al ámbito exclusivamente doméstico, aunque en uno de ellos el consumo del alimento (tortilla de patatas) tuvo lugar en el campo. Estos brotes han sumado el mayor número de ingresos hospitalarios (9 ingresos). En un establecimiento de restauración en el que se sirvieron alimentos elaborados por una empresa de catering para una boda ha ocurrido el brote con mayor número de expuestos y enfermos, aunque no se produjo ninguna hospitalización. Los otros dos brotes con un número importante de casos han ocurrido en un centro ocupacional de disminuidos psíquicos, en el que sospeché una contaminación del alimento por toxina estafilocócica, y en un restaurante al que acudió un grupo de niños y adultos procedente de Inglaterra. En este brote, producido por *Salmonella enteritidis*, 5 menores fueron ingresados en un hospital de la Comunidad de Madrid. Hasta la semana epidemiológica 30 se han registrado 45 brotes de origen alimentario, 2888 expuestos, 862 casos y 28 ingresos hospitalarios. Con la información provisional disponible hasta ahora, el 46,7% de estos brotes tiene confirmación por laboratorio del agente causal (15 brotes por *Salmonella*, 2 brotes por Norovirus, 1 brote por *S. aureus*, 1 brote por *S. flexneri*, 1 brote por *C. perfringens* y 1 brote por consumo de pescado rico en éster ceroso). El alimento está confirmado por laboratorio en 5 brotes y sólo mediante análisis estadístico en otro brote más.

En el periodo cuatrisesemanal analizado se han detectado también 2 **brotos de origen no alimentario**: un brote familiar de tos ferina con afectación de dos hijos y el padre, y un brote de gastroenteritis aguda con transmisión directa de Norovirus que afectó a 5 enfermos ingresados y 5 trabajadores de un centro sanitario. Los brotes más frecuentes ocurridos durante las primeras 30 semanas de 2007 han sido los de parotiditis (22 de 57 brotes), seguidos de los de gastroenteritis no alimentarias (14 brotes) y tos ferina (8 brotes). Por número de casos totales asociados destacan los brotes de parotiditis (391 casos) y de gastroenteritis (356 casos), seguidos a más distancia por los de escabiosis (48 casos). Por último, los 15 ingresos hospitalarios ocurridos han correspondido a los brotes de gastroenteritis aguda (10 hospitalizaciones), neumonía bacteriana (3 ingresos), tos ferina y hepatitis A (un ingreso cada uno).

Tabla 2. Brotes de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 27-30

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
3	Tos ferina	Torrejón de Ardoz	Familiar	5	3	<i>B. pertussis</i> *
9	GEA	Leganés	Centro sanitario	102	10	<i>Norovirus</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio

Exp = Expuestos; Enf = Enfermos; GEA = Gastroenteritis aguda; PPMM = Personas mayores

Tabla 3. Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos. Año 2007. Semanas 27-30 y datos acumulados hasta la semana 30

Brotos de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 27-30	Acum.	Sem 27-30	Acum.
Bares, restaurantes y similares	3	17	57	384
Familiar	4	18	19	76
Centros escolares y similares	0	5	0	296
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	47
Otras Residencias	1	2	29	43
Otros colectivos	0	1	0	16
Total	8	45	105	862
Brotos de origen no alimentario	Sem 27-30	Acum.	Sem 27-30	Acum.
Parotiditis	0	22	0	391
Gastroenteritis aguda	1	14	10	356
Tos ferina	1	8	3	29
Dermatofitosis	0	1	0	2
Escabiosis	0	5	0	48
Hepatitis A	0	3	0	17
Neumonía	0	2	0	14
Rubéola	0	1	0	2
Conjuntivitis	0	1	0	34
Total	2	57	13	893
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	10	102	118	1755



RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2006, semanas 27 a 30
(Del 1 al 28 de julio 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 31 Pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmáticas y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema; el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2006" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de mayo 2007, Vol. 13, nº 5, 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.

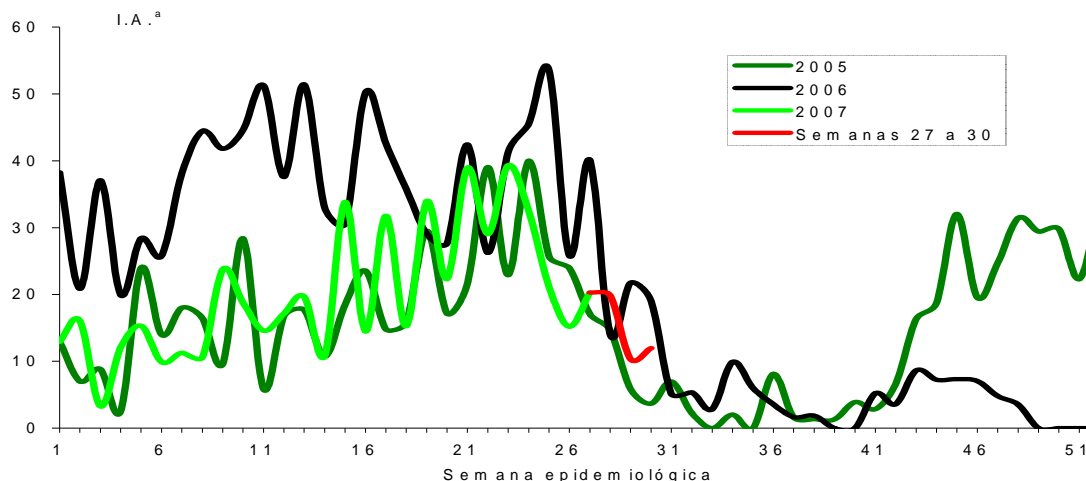
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el período estudiado ha sido del 46,4 %, aunque hay que considerar que un número considerable de notificadores disfrutaban de vacaciones durante dicho período.

VARICELA

Durante las semanas 27 a 30 del año 2007 han sido declarados 29 casos de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 33,6 casos por 100.000 personas (IC 95%: 16,6 – 50,6). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2005, 2006 y 2007.

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.

De los casos notificados, el 65,5 % se dio en hombres y el 34,5 % en mujeres. El 89 % 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.

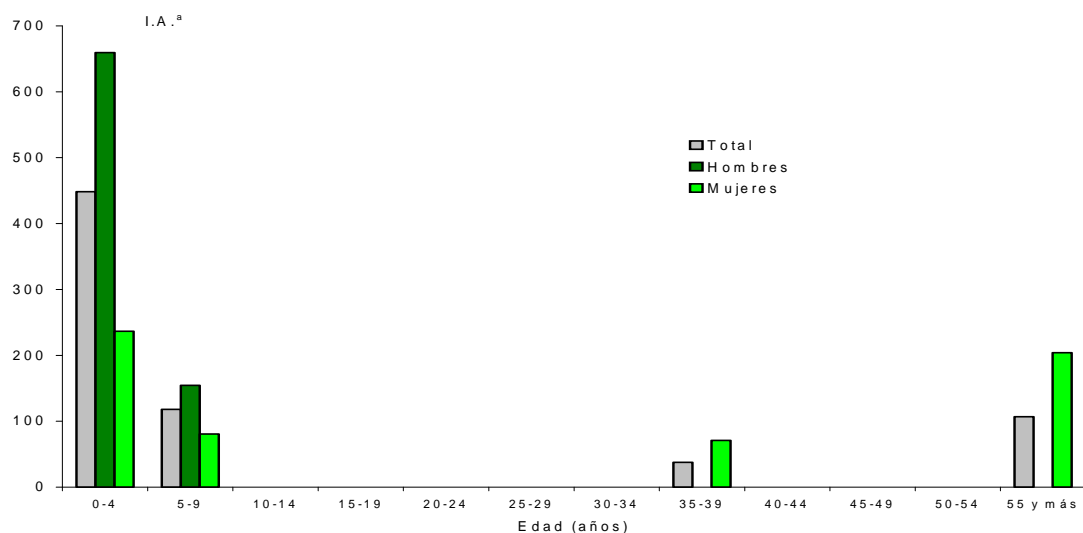
En el 58,6 % de los casos se recogió como fuente de exposición el contacto con otros casos de varicela, y en el 17,2 % de los casos el lugar de exposición notificado fue la guardería o el colegio (Tabla 1).

En el período estudiado, como complicaciones, se registraron una infección bacteriana y un caso en una mujer de 33 años, embarazada, que precisó atención especializada.

TABLA 1. Fuente y lugar de exposición de casos de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 del año 2007.

	n	(%)
Fuente de exposición		
Caso de varicela	16	(55,2)
Caso de herpes zóster	0	(0,0)
Brote de varicela	1	(3,4)
Desconocido	12	(41,4)
Total	29	(100)
Lugar de exposición		
Guardería	1	(3,4)
Colegio	4	(13,8)
Hogar	11	(37,9)
Trabajo	0	(0,0)
Desconocido	13	(44,8)
Total	29	(100)

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2007.

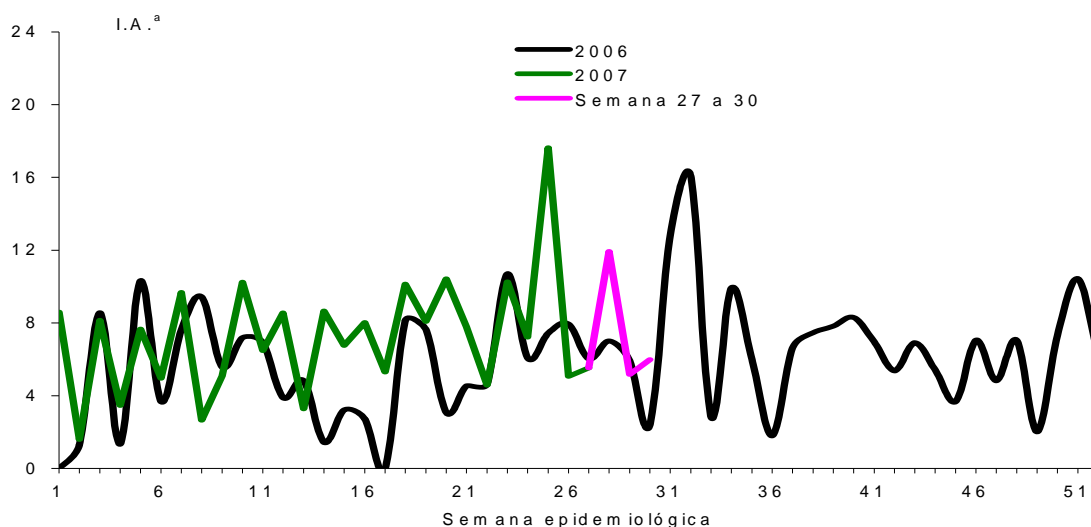


ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

HERPES ZÓSTER

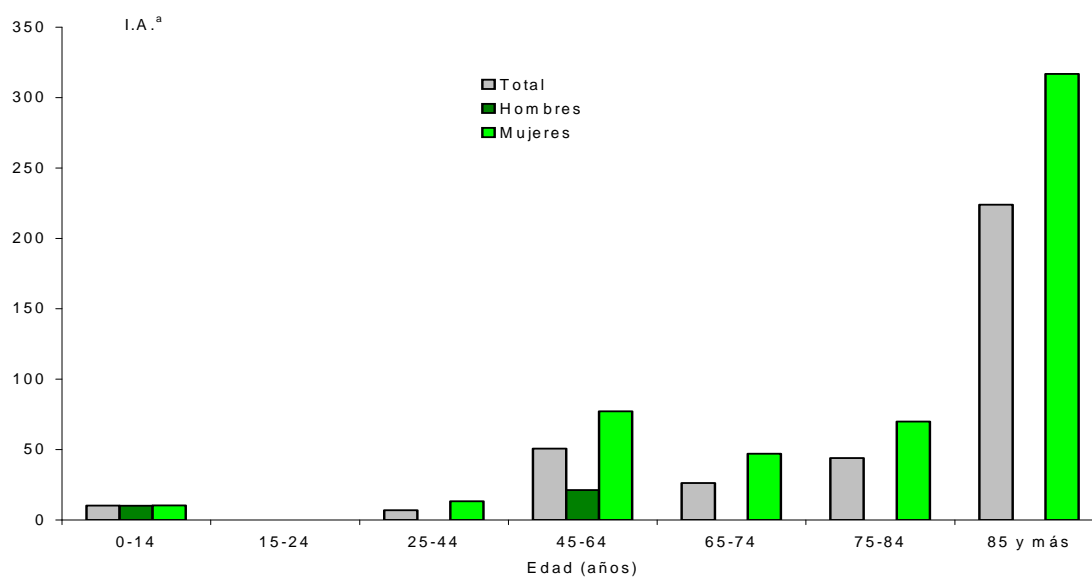
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 13 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 27 a 30, lo que representa una incidencia acumulada de 31,3 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 16,8 – 45,8). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 84,6 % de los casos se dio en mujeres, y el 15,4 % en hombres. El 75 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años. La incidencia por grupos de edad puede verse en el Gráfico 4.

GRÁFICO 3. Incidencia semanal de herpes zoster. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2006 y 2007.



ª Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

GRÁFICO 4. Incidencia de herpes zóster por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2007.

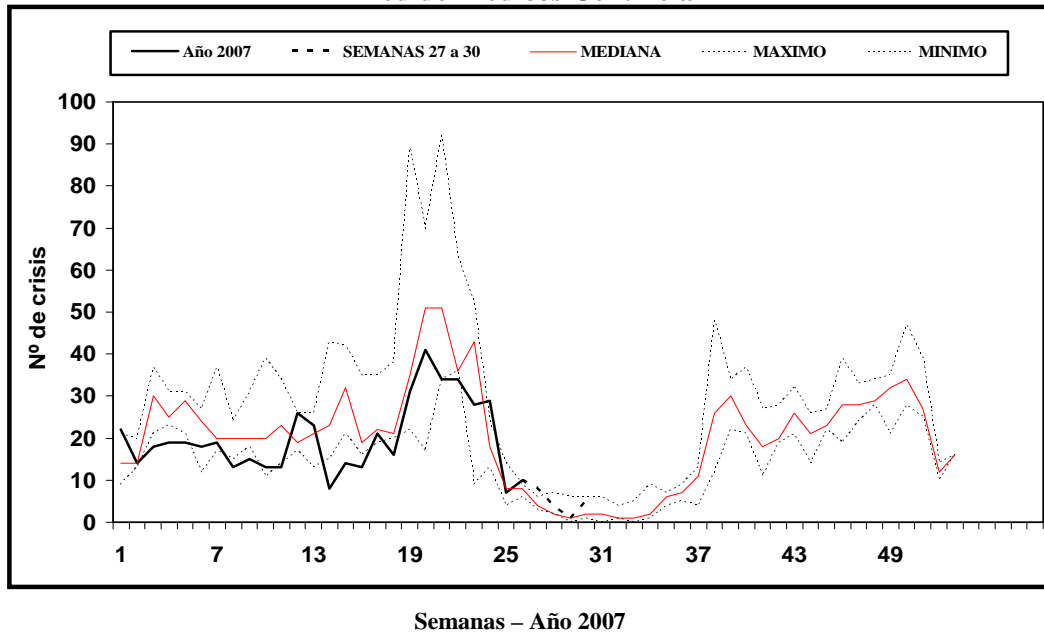


ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

Crisis asmáticas. Año 2007

Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

TABLA 1. Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 27 a 30 de 2007.

	Semanas 23 a 26	Año 2007
Gripe ^a	--	383
Varicela	29	366
Herpes zoster	13	128
Crisis asmáticas	18	536

^a 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 nº 4-B. 28037 Madrid
E-mail: isp.boletin.epidemiologia@salud.madrid.org

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org>

(una vez en esta dirección ir a:

Consejería de Sanidad y Consumo -> Publicaciones

-> Boletín Epidemiológico.)

AVISO: "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."