

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

9.

INFORMES:

**- Vigilancia del consumo de tabaco,
exposición ambiental y mortalidad
atribuible en la 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.

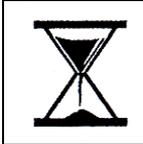
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

9

Índice

INFORMES:

	- Vigilancia del consumo de tabaco, exposición ambiental y mortalidad atribuible en la Comunidad de Madrid.	2
	- EDO. Semanas 36 a 39 (del 2 al 29 de septiembre de 2007)	51
	- Brotes Epidémicos. Semanas 36 a 39, 2007.	56
	- Red de Médicos Centinela, semanas 36 a 39, 2007.	58
	- Resumen de tuberculosis, legionelosis, enfermedad meningocócica y enfermedad neumocócica invasora.	61



INFORME:

VIGILANCIA DEL CONSUMO DE TABACO, EXPOSICIÓN AMBIENTAL Y MORTALIDAD ATRIBUIBLE EN LA COMUNIDAD DE MADRID

*Autores: Nelya Mata, Lucía Díez-Gañán, Iñaki Galán
Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública
y Alimentación. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid*

ÍNDICE:

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
3. Metodología.....	5
4. Resultados.....	8
4.1. Consumo de tabaco.....	8
4.1.1. Consumo de tabaco en población adulta.....	8
4.1.2. Consumo de tabaco en población juvenil.....	23
4.1.3. Consumo de tabaco en colectivos específicos.....	24
4.2. Exposición ambiental a humo del tabaco	32
4.2.1. Exposición en población adulta	32
4.2.2. Exposición en población juvenil	37
4.3. Mortalidad atribuible al tabaquismo.....	38
5. Bibliografía.....	49

1.- RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El consumo de tabaco es en la actualidad el factor de riesgo modificable que mayor carga de enfermedad genera en las sociedades desarrolladas. El número de problemas con los que se relaciona continúa creciendo y no hay duda que la exposición ambiental a humo de tabaco supone un importante riesgo para la salud. La monitorización de la epidemia de tabaquismo constituye por tanto un objetivo prioritario para los sistemas de vigilancia en salud pública. El objetivo de este informe es describir la distribución actual y tendencias de consumo, determinar la exposición ambiental involuntaria a humo de tabaco y estimar la mortalidad atribuible al tabaquismo en la Comunidad de Madrid.

Metodología: Para el análisis del consumo de tabaco se ha integrado la información de diferentes encuestas: por un lado, las del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (18 a 64 años) y juvenil (escolares de 4º de ESO) (SIVFRENT), que recogen información continua desde 1995 y 1996 respectivamente; por otro, de las encuestas representativas del colectivo de profesionales sanitarios y educadores realizadas durante el año 2005.

La exposición pasiva se ha medido de forma “autodeclarada” a través de una encuesta específica de tabaco en población de 16 a 74 años, realizada en el último trimestre del 2005 y monitorizada en el 2006 y 2007 a través del SIVFRENT dirigido a población adulta, en cuyo cuestionario se incluyeron una selección de las preguntas realizadas en el 2005.

La mortalidad atribuible se ha estimado calculando las fracciones atribuibles poblacionales para cada causa de muerte (en las que existe evidencia de asociación causal con el tabaquismo), teniendo en cuenta los riesgos relativos de mortalidad y las prevalencias para cada categoría de tabaquismo (nunca fumadores, fumadores y ex fumadores). Se describe la mortalidad del 2004 y se compara la evolución respecto a 1992 y 1998.

Resultados:

Consumo de tabaco

La prevalencia de consumo de tabaco en la población de 18-64 años de la Comunidad de Madrid durante el 2007 fue del 33,8%, siendo ligeramente superior en los hombres (34,8%) respecto a las mujeres (32,9). La tendencia del consumo de tabaco varía ampliamente según el género, con una reducción desde 1987 a 2007 de un 40,1% en hombres frente a un 0,9% en mujeres. Estas diferencias se explican por la diferente evolución que ha experimentado la epidemia del tabaquismo en hombres y mujeres hasta el año 2000, fecha a partir de la cual se produce una convergencia en el patrón de consumo que se mantiene en la actualidad. A pesar de esta tendencia reciente, la prevalencia observada en el 2007 no ha sido como se esperaba inferior a la del 2006, principalmente en los grupos de edad más jóvenes.

La proporción de abandono del consumo de tabaco fue en el 2007 del 41,1%, siendo algo superior en los hombres (44,3%) frente a las mujeres (37,5%). La evolución de la proporción de abandono en el año 2007 se ha duplicado respecto a 1987, aunque a costa de los grupos de edad más avanzada, ya que los hombres y mujeres más jóvenes (18-24) también experimentan en el último año un ligero descenso en la tasa de abandono que explica en parte la estabilización de la prevalencia de consumo en el último año.

Con respecto al nivel de estudios, los hombres con estudios universitarios son los que presentan la menor proporción de consumo, mientras que en las mujeres este patrón se invierte, observando las prevalencias más bajas en las mujeres de menor nivel de estudios. En relación a la clase social, en los hombres la mayor proporción de consumo de tabaco se encuentra en los de posición inferior, disminuyendo el consumo a medida que aumenta la categoría de clase social. En las mujeres sin embargo se observa un patrón más homogéneo entre categorías.

Uno de cada tres jóvenes de 15-16 años fuma actualmente y la prevalencia de fumadores diarios es del 17,2%, siendo esta proporción ligeramente superior en las mujeres (18,3%) respecto a los hombres (16,0%). La evolución del consumo en jóvenes ha experimentado también un importante descenso desde 1996. Sin embargo, en el año 2007 se observa en ambos sexos un moderado repunte de la prevalencia respecto a los datos del 2006, que conviene monitorizar con el fin de valorar si realmente se trata de un cambio consistente de patrón.

Los profesionales sanitarios, exceptuando los de enfermería tienen una prevalencia de tabaquismo más baja que la población general: un 15,5% de los odontólogos son fumadores actuales, un 16,1% de los médicos, el 18,6% de los farmacéuticos, y el 27,3% del personal de enfermería. Para todos los colectivos sanitarios, el consumo de tabaco es ligeramente superior en las mujeres. La proporción de fumadores entre los educadores es de un 20,9%, también algo superior en las mujeres (21,7%) frente a los hombres (19,4%).

Exposición ambiental a humo del tabaco

El 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados durante el año 2005 estuvieron expuestas pasivamente al humo de tabaco en el entorno laboral. Esta proporción se ha reducido tras la entrada en vigor de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo (enero de 2006) al 9,5% y 8,6% en 2006 y 2007. En los establecimientos de restauración el impacto de la Ley ha sido menor: en el 2005 el 65,9% consideraba que los bares-cafeterías estaban bastante o muy cargados de humo de tabaco, reduciéndose al 45,8% en el 2006 y aumentando al 50,5% en el 2007, lo que está en consonancia con la limitación parcial de la exposición contemplada en la regulación. Finalmente, alrededor de una de cada tres personas está expuesta en el hogar, siendo homogénea la magnitud de las estimaciones del periodo anterior y posterior a la legislación.

Mortalidad atribuible

El número de muertes ocasionadas por el tabaco en la Comunidad de Madrid en el año 2004 fue de 5.304, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años. El 87,5% de las muertes atribuibles al tabaquismo ocurrieron en varones y el 12,5% en mujeres. Estas cifras suponen el 23,7% de todas las muertes ocurridas en varones y el 3,4 % en mujeres. Los tumores malignos representaron la mayor proporción de las muertes por tabaco (48,0%). Reflejando la evolución del consumo de tabaco, se observa en el 2004 un fuerte descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la femenina se mantiene relativamente estable.

Conclusiones:

Las tendencias más recientes del consumo de tabaco muestran una reducción positiva de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres y en la población adulta y juvenil. Sin embargo, queda mucho margen por mejorar ya que en la actualidad todavía una de cada tres personas de 18 a 64 años y de 15 y 16 años fuma habitualmente. Asimismo, conviene vigilar el repunte de la prevalencia observado en el 2007 respecto a 2006 en las poblaciones más jóvenes para valorar si se trata realmente de un cambio de patrón. La frecuencia de tabaquismo en profesionales que tienen un rol modélico en la sociedad es inferior a la de población general, excepto en el colectivo de enfermería y en los educadores, donde deberían dirigirse mayores recursos relacionados con la cesación tabáquica.

La exposición ambiental a humo de tabaco es elevada, aunque se ha reducido de forma muy importante la del entorno laboral y parcialmente la de los espacios públicos del sector hostelero, tras la aplicación de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. La exposición en el hogar queda fuera de esta regulación y como consecuencia la frecuencia de exposición apenas ha variado entre el periodo previo y posterior a la Ley, por lo que requiere de intervenciones específicas dirigidas sobre todo a prevenir la exposición en la población infantil y adolescente.

El efecto de este factor de riesgo en nuestra región se traduce en 5.304 muertes en el año 2004, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos. Reflejando la evolución natural de la epidemia de consumo de tabaco, se observa en el 2004, comparando con la década de los noventa, un descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la población femenina se mantiene estable.

2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el 28,1% de la población adulta española es consumidora de tabaco. Esta cifra nos sitúa ligeramente por encima de la media de los 27 países miembros de la Región Europea. Sólo superados por Andorra, Grecia y Holanda, las demás regiones tienen una prevalencia inferior, donde destaca Suecia con un 15,9% de fumadores¹. La Comunidad de Madrid se posiciona en torno a la media de España con una prevalencia de 28,2% en la población mayor de 15 años².

La descripción de la epidemia de tabaquismo en España muestra que la población masculina alcanzó la máxima frecuencia de consumo en la segunda parte de la década de los setenta, descendiendo posteriormente hasta la actualidad. Su consumo llegó mucho más tarde a la población femenina, aumentando con mucha fuerza durante la década de los setenta y ochenta, estabilizándose en la segunda parte de los noventa y descendiendo desde entonces³.

La lista de enfermedades causadas por el tabaquismo no deja de ampliarse y actualmente, según el último informe del Director General de Servicios de Salud de los Estados Unidos⁴, se han incluido el aneurisma aórtico abdominal, la leucemia mieloide aguda, cataratas, cáncer de cuello uterino, cáncer de riñón, de páncreas, neumonía, periodontitis y cáncer de estómago. Estas enfermedades se suman a las conocidas, entre ellas el cáncer de esófago, laringe, pulmón, boca y garganta, vejiga, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades

coronarias y cardiovasculares, así como efectos nocivos en el aparato reproductor. El tabaco sigue siendo la primera causa de enfermedad y mortalidad evitable.

Por otro lado, no hay ningún nivel seguro de exposición a humo de tabaco ambiental. Las personas que no fuman y que están expuestas al humo de forma involuntaria en el hogar o en el trabajo, tienen un riesgo entre un 25-30% mayor de sufrir enfermedades cardíacas y del 20-30% de desarrollar cáncer pulmonar⁵. De hecho los efectos de la exposición pasiva en la salud son mayores de lo que se pensaba hasta ahora ya que el humo de tabaco contiene más de 50 sustancias químicas que causan cáncer, y por sí mismo es un carcinógeno humano conocido. Las personas que no fuman y están expuestas pasivamente, inhalan muchas de las toxinas que respiran los fumadores e incluso una exposición breve al humo ambiental tiene efectos adversos inmediatos en el sistema cardiovascular y aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y cáncer pulmonar.

A diferencia de otros riesgos para la salud pública, la exposición involuntaria a humo de tabaco se puede prevenir fácilmente y los ambientes libres de humo han demostrado ser una medida simple y efectiva para prevenir la exposición y los efectos perjudiciales. Por este motivo muchos países han regulado recientemente el consumo de tabaco en espacios públicos⁶, entre ellos España, cuya Ley 28/2005⁷ “de medidas sanitarias frente al tabaquismo” se puso en marcha en enero de 2006. Los primeros resultados describen un importante control de la exposición ambiental en el lugar de trabajo, un efecto parcial en bares y restaurantes y prácticamente nulo sobre la exposición en el hogar⁸.

Este informe constituye el cuarto trabajo monográfico dedicado al tabaco que publicamos en el boletín epidemiológico⁹⁻¹¹. Como en los anteriores, el objetivo es describir la situación actual integrando los numerosos datos disponibles, estructurándolo en tres apartados: la distribución y tendencias del consumo de tabaco en población adulta, juvenil, en profesionales sanitarios y educadores; la prevalencia de exposición ambiental involuntaria en población adulta y juvenil; y, por último, la estimación de los efectos, calculando la mortalidad atribuible al tabaquismo y su evolución reciente.

3. METODOLOGÍA

3.1 Consumo de tabaco

Para el análisis de datos en población adulta se han utilizado como fuentes de información la fracción muestral para la Comunidad de Madrid de la Encuesta Nacional de Salud de 1987¹² y 1993¹³, y la del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A)¹⁴ desde el año 1995 al 2007.

Los indicadores de consumo de tabaco (SIVFRENT-A) son los siguientes:

- Prevalencia de fumadores actuales: personas que han fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida y fuman en la actualidad.
- Prevalencia de fumadores de 20 o más cigarrillos/día.
- Proporción de abandono: cociente entre el número de exfumadores y la suma de fumadores actuales y exfumadores.

Para estudiar la evolución del consumo se ha realizado previamente un ajuste de la prevalencia según la edad. Dado que la desviación entre los datos crudos y ajustados es inferior al 10%, se exponen los datos originales.

Para la definición de clase social se ha utilizado la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología basada en la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994¹⁵.

Por otra parte, se ha analizado el consumo de tabaco en la población juvenil de 15 y 16 años, utilizando como fuente de información el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J)¹⁶ cuyos datos están disponibles desde 1996 al 2007. En esta población se considera un indicador alternativo: fumar más de 10 cigarrillos diarios.

La información sobre el consumo de tabaco en profesionales sanitarios: médicos y profesionales de enfermería de atención primaria y especializada, odontólogos y farmacéuticos de oficina de farmacia, proviene de encuestas específicas representativas de estos colectivos realizadas en el 2005. También en ese mismo año se realizó una encuesta representativa de educadores. La muestra de profesionales sanitarios estuvo constituida por 1693 individuos: 645 médicos, 644 enfermeras/os, 200 odontólogos y 204 farmacéuticos (de oficinas de farmacia) y la de educadores por 805 profesionales de enseñanza primaria y secundaria de centros escolares de titularidad pública y privada de la Comunidad de Madrid.

La metodología y los resultados de estas encuestas pueden consultarse en: [<http://www.ganavida.org/index.asp?idp=1441>]¹⁷.

3.2 Exposición pasiva

Se estima la información “autodeclarada” a través de cuestionarios. En el último trimestre del 2005 se realizó una encuesta de tabaco a población de 16 a 74 años¹⁸, determinando entre otras cuestiones la exposición involuntaria a humo de tabaco. Posteriormente, las preguntas sobre exposición ambiental en el hogar, trabajo y locales de restauración fueron incluidas en el SIVFRENT-A, sistema en el que han sido medidas de nuevo durante el 2006 y 2007. Ello nos permite evaluar el cambio en la exposición ambiental como consecuencia de la Ley 28/2005.

Por otro lado, durante los años 2005, 2006 y 2007, se incluyeron en el cuestionario del SIVFRENT-J dirigido a población juvenil de 15-16 años dos preguntas relacionadas con la exposición pasiva, en el hogar y fuera del hogar, cuantificando el tiempo de exposición (nada o esporádicamente; 1-3 horas; más de 3 horas).

3.3 Mortalidad atribuible

Para estimar las muertes atribuibles al tabaquismo se han calculado las fracciones poblacionales de mortalidad atribuible al consumo de tabaco (FAPi) para cada causa de muerte, sexo y grupo de edad, teniendo en cuenta los riesgos relativos (RR) de muerte y las

prevalencias (P) para cada categoría de tabaquismo (i) (nunca fumadores, fumadores y ex fumadores), por la siguiente fórmula¹⁹:

$$FAP_i = P_i (RR_i - 1) / [1 + \sum P_i (RR_i - 1)]$$

La multiplicación de las FAP por las muertes ocurridas en la Comunidad de Madrid permite obtener las muertes atribuibles al tabaco.

Las causas de muerte consideradas son aquellas para las que existe evidencia de asociación causal con el tabaquismo. Los datos sobre los riesgos relativos de mortalidad proceden del Cancer Prevention Study II (CPS II)²⁰, el mayor estudio de cohortes del mundo sobre la relación tabaco-mortalidad. Estos RR están ajustados por edad. El número de muertes por sexo y edad por las causas seleccionadas, ocurridas en la Comunidad de Madrid en la población de 35 y más años de edad, se han obtenido de las estadísticas vitales del año 2004 (Instituto Nacional de Estadística, 2006).

La prevalencia de tabaquismo por sexo y edad proviene de la última Encuesta Nacional de Salud de España disponible con representatividad por Comunidad Autónoma (año 2003)², de la cual se han obtenido las cifras relativas a la Comunidad de Madrid. Las prevalencias de fumadores y exfumadores utilizadas fueron, respectivamente: el 42,6% y el 30,2% en varones de 35-64 años, y el 7,2% y el 58,2% para los de 65 y más años. En mujeres las cifras respectivas fueron del 31,1% y el 21,1% en el grupo de 35-64 años, y del 1,4% y el 6,4% para las de 65 y más años.

Para comparar la estimación de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la actualidad (año 2004) con una selección de años anteriores en la Comunidad de Madrid y con la situación en el conjunto de España, se han utilizado las estimaciones disponibles de trabajos publicados^{10,11,19,22-26}.

4. RESULTADOS

4.1. CONSUMO DE TABACO

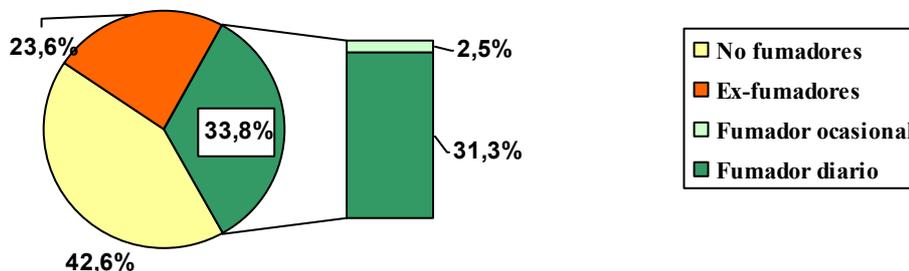
4.1.1 Consumo de tabaco en la población adulta

Prevalencia y distribución por edad y sexo

Los datos de consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid durante el 2007 (gráfico 1) muestran que el 33,8 de la población de 18 a 64 años son fumadores actuales y un 31,3% fuma diariamente. La proporción de ex-fumadores es del 23,6% y un 42,6% nunca había fumado.

GRÁFICO 1.

Consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

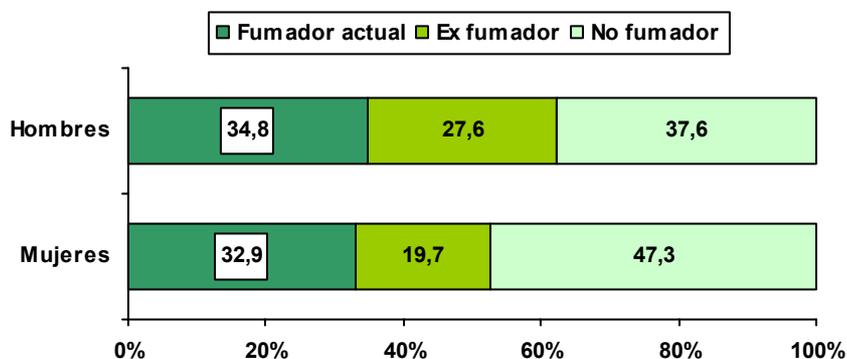


Fuente: SIVFRENT-A 2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Globalmente, la proporción de **fumadores actuales** es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres, un 34,8% frente a un 32,9% (gráfico 2). Sin embargo, cuando analizamos estas diferencias desagregadas por género y edad observamos que en el grupo de 18 a 24 años el consumo de tabaco en las mujeres es ligeramente superior al de los hombres, manteniéndose a un nivel similar hasta los 50-54 años, edad a partir de la cual las diferencias se invierten a favor de los hombres (gráfico 3).

GRÁFICO 2.

Consumo de tabaco según género. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007

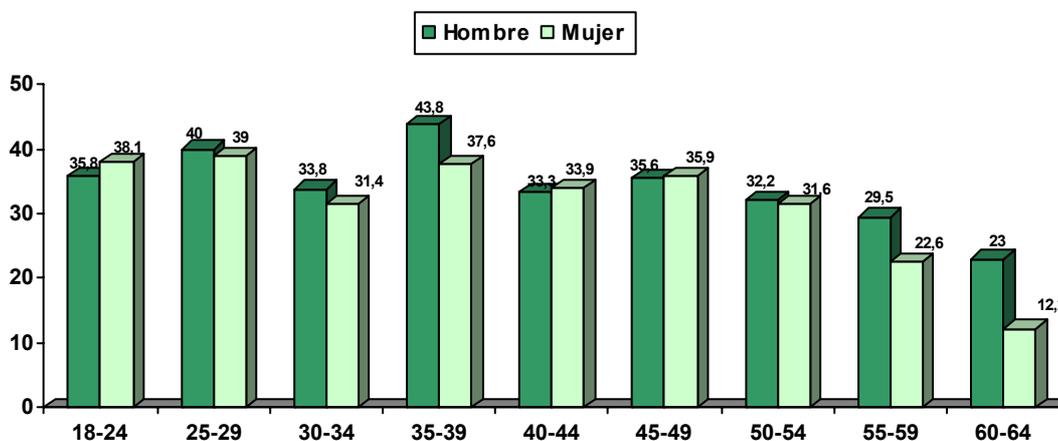


Fuente: SIVFRENT-A. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

En los hombres, la máxima prevalencia de consumo de tabaco se alcanza entre los 35-39 años y a partir de los 50 años disminuye progresivamente, no existiendo grandes variaciones en el resto de los grupos de edad. En las mujeres, sin embargo, la máxima prevalencia se alcanza a edades más tempranas (18-29 años), experimentando una disminución considerable en el grupo de 30-34 años, posiblemente motivado por un abandono temporal a causa de la gestación. Posteriormente se produce un ligero incremento que se mantiene estable hasta los 45-49 años, edad a partir de la cual disminuye el consumo intensamente (gráfico 3).

GRÁFICO 3.

Proporción de fumadores actuales según género y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

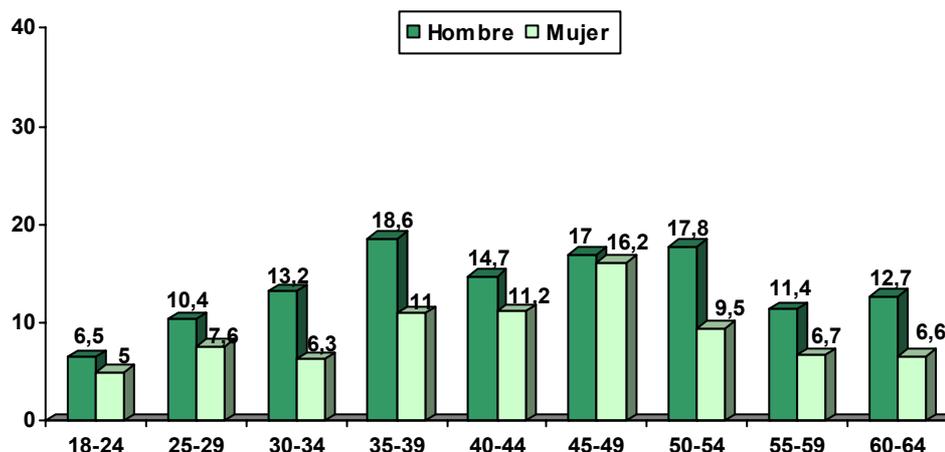


Fuente: SIMFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

La proporción de personas que realizan un **consumo de 20 o más cigarrillos/día**, es de un 10,4%, siendo superior en los hombres, un 12,2%, frente al 8,7% de las mujeres. Este indicador aumenta de forma progresiva hasta alcanzar un máximo entre los 35 y 39 años en hombres y entre los 45 y 49 años en mujeres, para posteriormente volver a disminuir a medida que aumenta la edad (gráfico 4).

Si consideramos como denominador a las personas que fuman diariamente, el 33,3% fuman 20 o más cigarrillos al día, siendo también mucho más frecuente en los hombres, un 37,9%, frente a las mujeres, donde la proporción desciende al 28,6%.

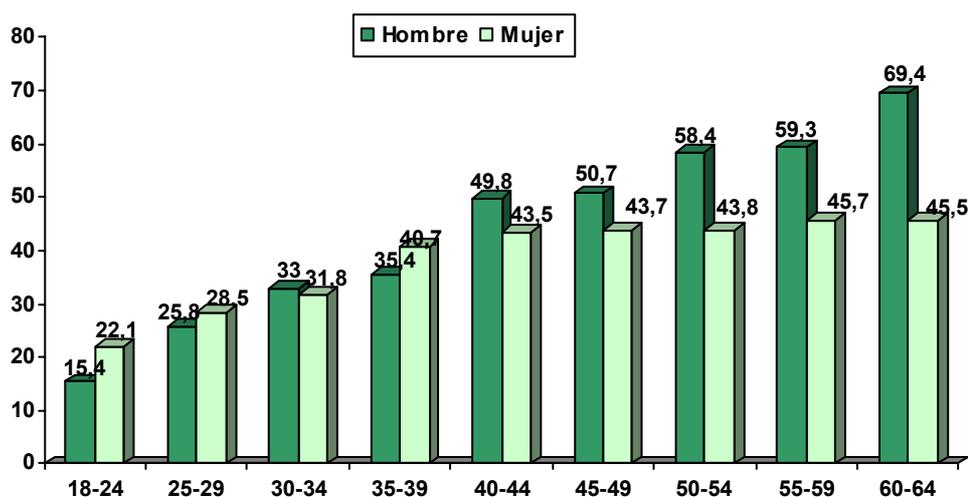
GRÁFICO 4. Proporción de fumadores ≥ 20 cigarrillos/día según género y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007



Fuente: SIMFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

El 41,1% del total de fumadores actuales o que han fumado con anterioridad, han dejado de consumir tabaco. Globalmente esta **proporción de abandono** es superior en los hombres (44,3%) frente a las mujeres (37,5%). Sin embargo, cuando se realiza un análisis estratificado por edad podemos observar que hasta los 35-39 años las mujeres abandonan el consumo incluso más frecuentemente que los hombres, invirtiéndose esta relación a favor de los hombres a partir de los 40-44 años, y aumentando estas diferencias de forma progresiva hasta los 60-64 años (gráfico 5).

GRÁFICO 5. Proporción de abandono de consumo de tabaco según género y edad. Población 18-64 años de la Comunidad de Madrid, 2006-2007.



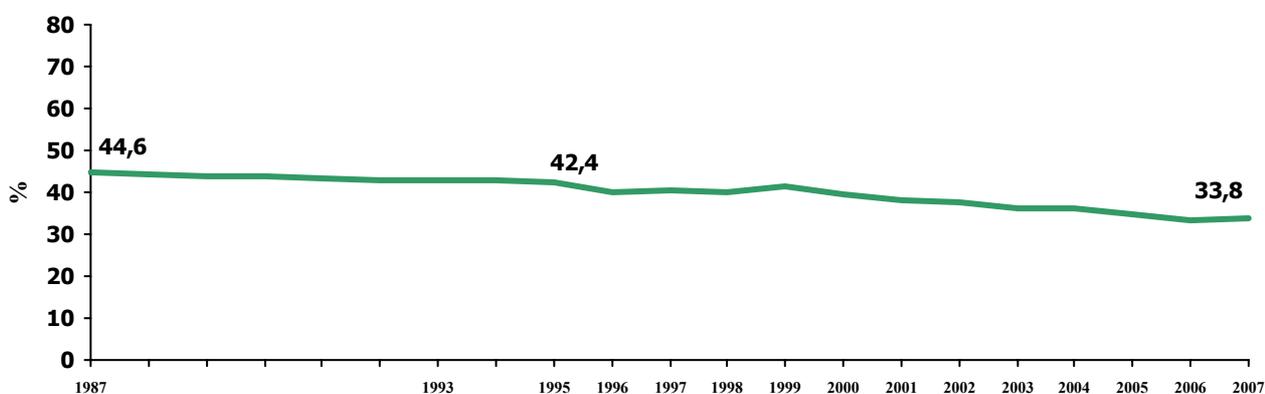
Fuente: SIMFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Evolución

La prevalencia de tabaquismo en 2007 es un 24,2% inferior (disminución porcentual) (tabla 1a) respecto a la de 1987 y como podemos observar en el gráfico 6a esta disminución se ha producido de forma gradual. Sin embargo, la tendencia varía ampliamente cuando consideramos el género, dado que esta reducción es de un 40,1% en hombres frente a un 0,9% en mujeres, dibujando la tendencia una convergencia en las prevalencias, que en el momento actual (y desde el año 2000) son muy similares (gráfico 6b y tabla 4). Esta evolución refleja la última fase de la epidemia de tabaquismo que ha sido muy diferente en la población masculina y femenina: en los hombres la máxima prevalencia de tabaquismo se alcanzó en la segunda parte de la década de los setenta, disminuyendo progresivamente desde entonces hasta la actualidad. Por el contrario, las mujeres se incorporaron al consumo de tabaco en los setenta y ochenta, incrementándose la prevalencia muy rápidamente en este periodo, y llegando a un máximo en la mitad de los noventa. Después de una meseta que llega a su fin en el año 2000, la frecuencia de consumo en las mujeres ha comenzado a descender al ritmo de la población masculina y después de la fase de convergencia las tendencias transcurren paralelas en la actualidad (gráfico 6b).

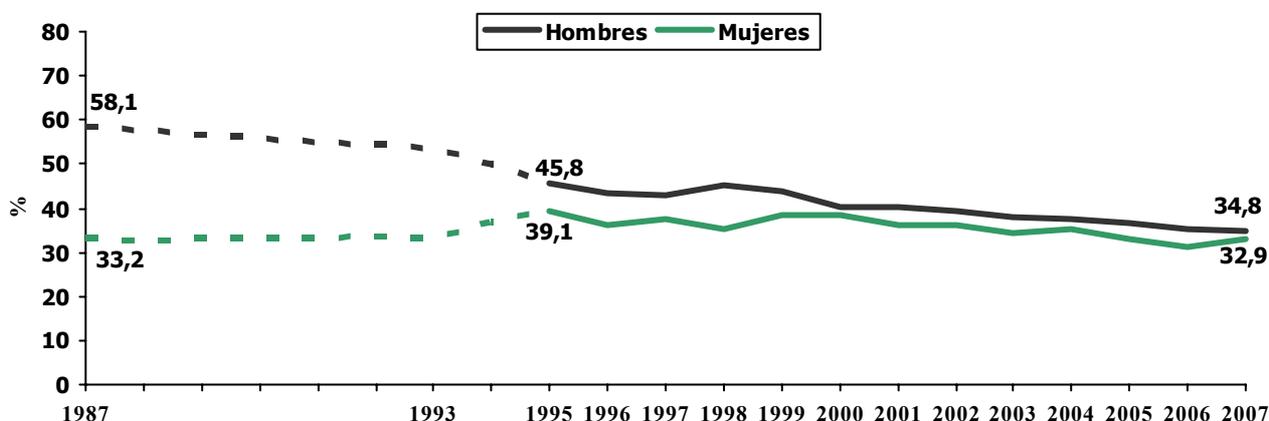
Otro aspecto a destacar es que la disminución en los hombres se produce en todos los grupos de edad, aunque ésta es especialmente importante en el grupo de edad media (30-44 años) y en el de edad más avanzada (45-64 años), donde se alcanza un descenso del 30,3% y 29,4%, respectivamente. En el grupo de hombres de 18-29 años, se produce una menor reducción (11,3%) y desde el año 2003 se observa una estabilización seguida de un ligero repunte en el último año. En las mujeres se produce un incremento en la prevalencia de consumo de tabaco del 40,8% en el grupo de 45-64 años, que corresponde a las cohortes con elevada prevalencia de consumo en la década de los ochenta. Por el contrario, se produce una disminución global del consumo de un 28% y de un 26,1% en las mujeres de 30-44 años y de 18-29 años respectivamente, aunque en las más jóvenes se observa también una estabilización de la prevalencia en los últimos años (gráfico 6d).

GRÁFICO 6a. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

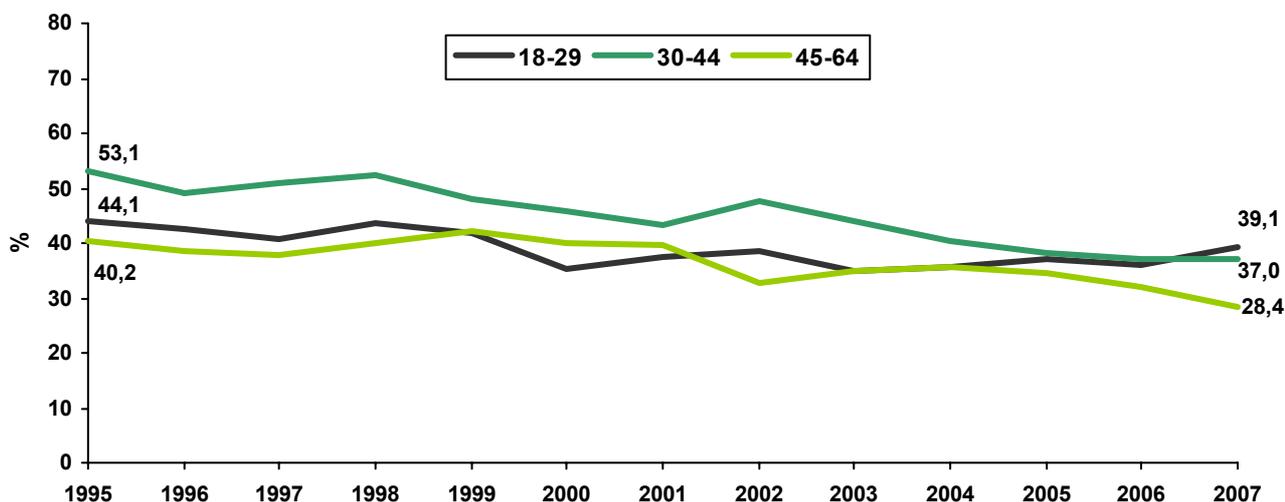
GRÁFICO 6b. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales según género. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRÁFICO 6c. Evolución de la proporción de fumadores actuales por grupos de edad. Hombres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007

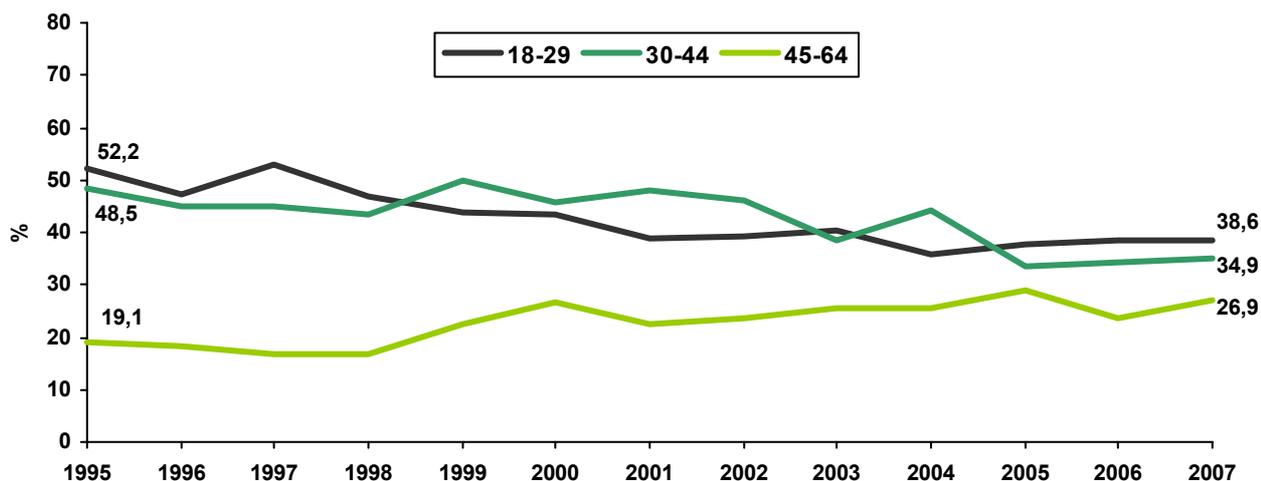
HOMBRES



Fuente: SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRÁFICO 6c. Evolución de la proporción de fumadores actuales por grupos de edad. Mujeres de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007

MUJERES



Fuente: SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Tabla 1a. Porcentaje de cambio en la prevalencia de fumadores actuales del año 2007 respecto a 1987. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid

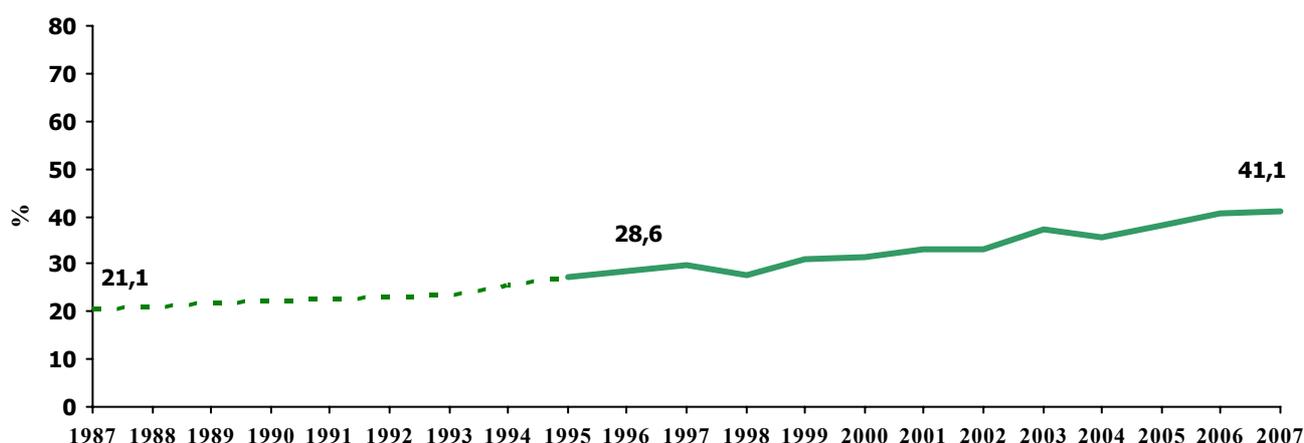
Total	Género		Hombres			Mujeres		
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
-24,2	-40,1	-0,9	-34,3	-38,0	-48,4	-42,0	+26,9	+278,9

Tabla 1b. Porcentaje de cambio en la prevalencia de fumadores actuales del año 2007 respecto a 1995. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid

Total	Género		Hombres			Mujeres		
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
-20,3	-24,0	-15,9	-11,3	-30,3	-29,4	-26,1	-28,0	+40,8

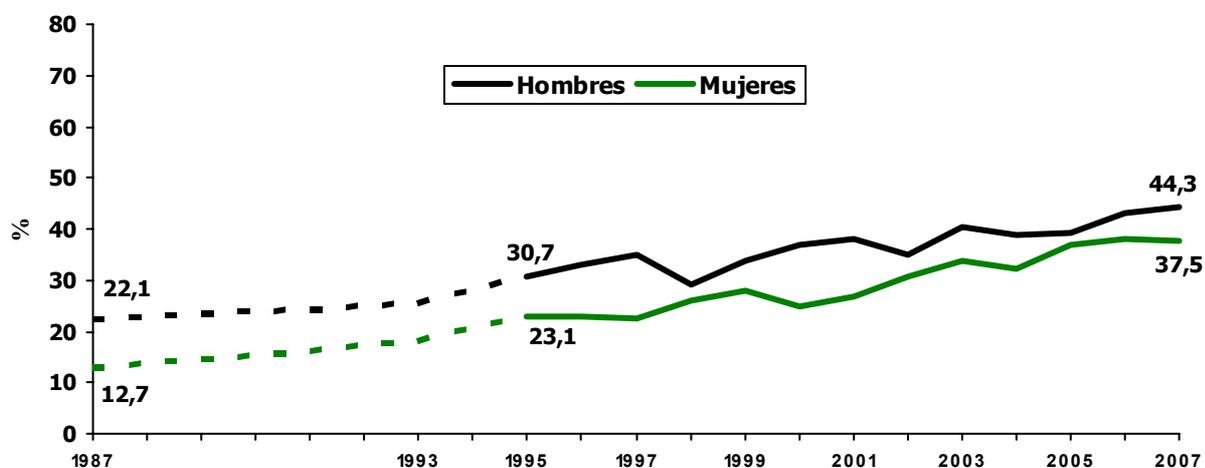
La **proporción de abandono** en 2007 era del 41,1%, es decir, casi una de cada dos personas que habían sido o eran todavía fumadoras consiguieron dejar este hábito. Como podemos observar en el gráfico 7a y tabla 2a, actualmente la frecuencia de abandono se ha duplicado respecto a 1987, y además desde 1999 el incremento de abandono del consumo es superior que en el periodo precedente, especialmente en las mujeres (gráfico 7b y tabla 2b). Teniendo en cuenta las tendencias desde 1987, destaca en la población femenina el gran aumento del abandono del tabaquismo en el grupo más joven mientras que en los hombres se produce en las personas de mayor edad (tabla 2a). A partir de 1995 los incrementos tienden a homogeneizarse en ambos sexos en todos los grupos de edad (tabla 2b). A pesar de estas tendencias favorables, conviene llamar la atención sobre la disminución de la prevalencia de abandono en el grupo de edad más joven.

GRAFICO 7a. Evolución de la proporción de abandono. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

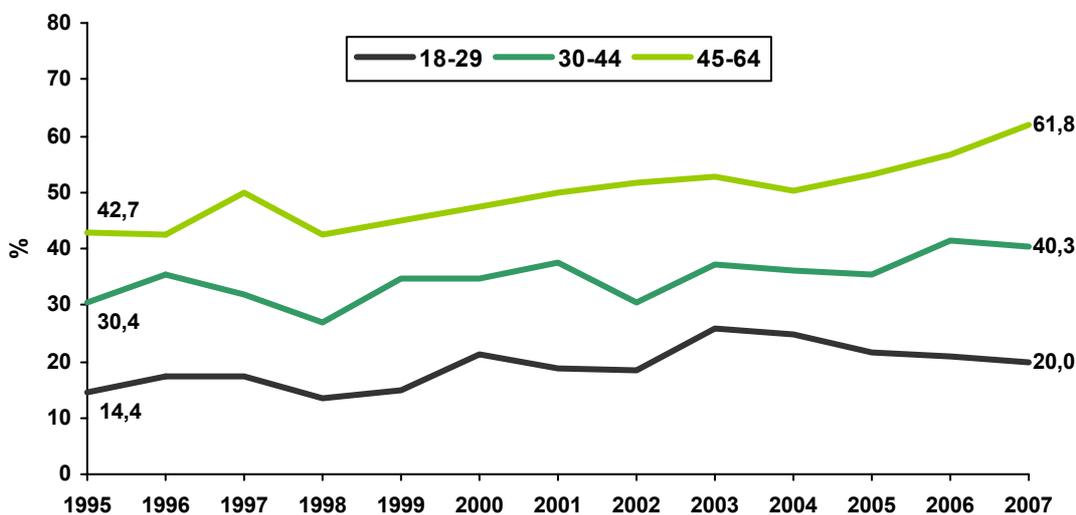
GRAFICO 7b. Evolución de la proporción de abandono según género. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 7c. Evolución de la proporción de abandono por grupos de edad. Hombres 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

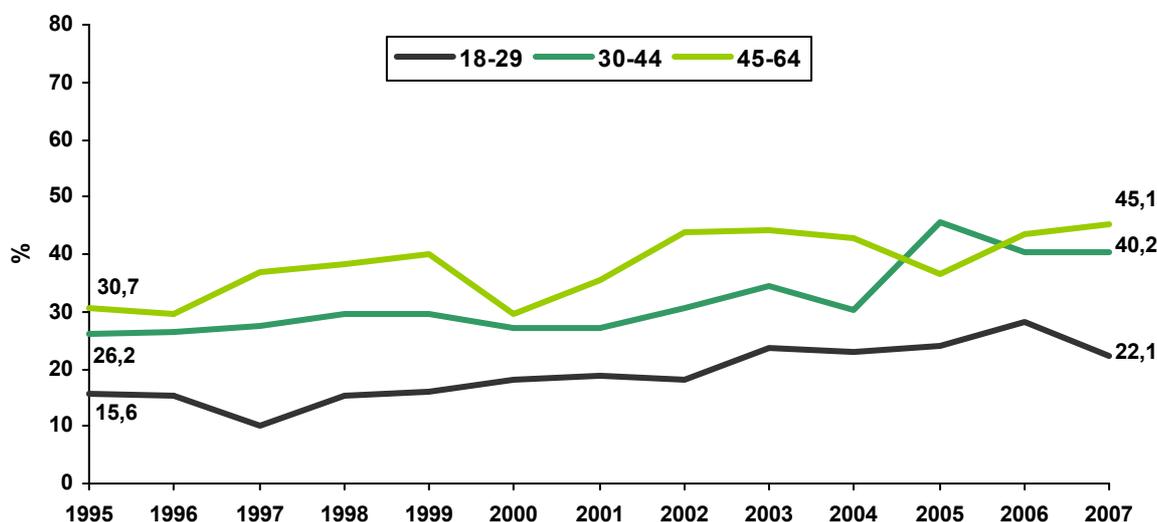
HOMBRES



Fuente: SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 7d. Evolución de la proporción de abandono por grupos de edad. Mujeres 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.

MUJERES



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Tabla 2a. Porcentaje de cambio en la proporción de abandono de consumo tabaco del año 2007 respecto a 1987. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid

	Género		Hombres			Mujeres		
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
Total	+99,5	+100,5	+57,5	+78,3	+107,4	+206,9	+37,2	-1,3

Tabla 2b. Porcentaje de cambio en la proporción de abandono de consumo tabaco del año 2007 respecto a 1995. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

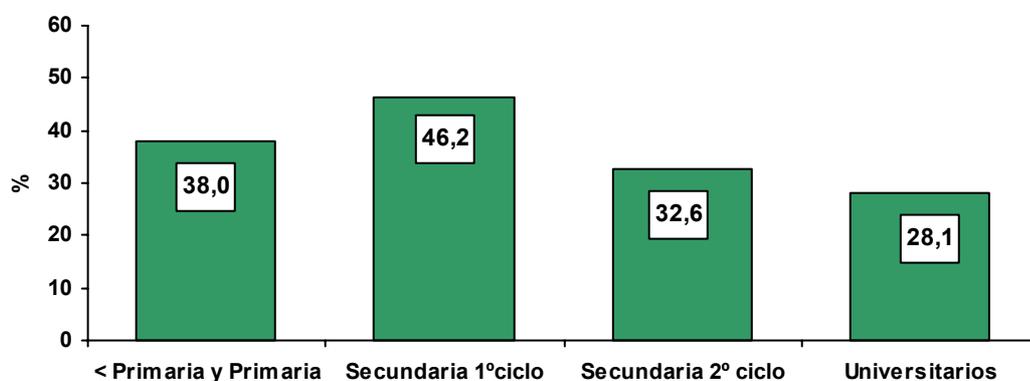
	Género		Hombres			Mujeres		
	Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
Total	+50,5	+44,3	+38,9	+32,6	+44,7	+40,8	+53,4	+46,9

Distribución por nivel de estudios y clase social

En los gráficos 8 y 9 podemos observar la distribución de la proporción de **fumadores actuales** estratificada por sexo, según el máximo nivel de estudios alcanzado, así como con la clase social basada en la ocupación (clase V: mínimo nivel; clase I: máximo nivel), acumulando la información de las encuestas del SIVFRENT-A correspondientes a los años 2006 y 2007.

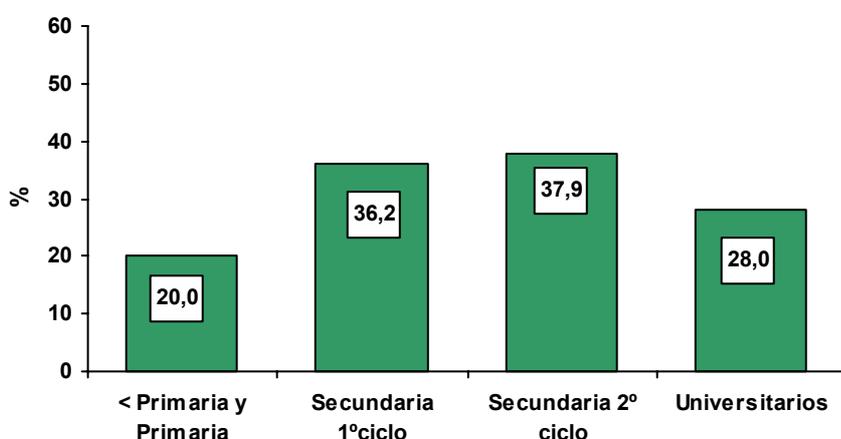
En relación al nivel de estudios, en los hombres la prevalencia más baja se observa en los que tienen estudios universitarios, siendo más alta en las dos categorías con menor nivel educativo (gráfico 8a). En las mujeres, por el contrario, son las de menor nivel de estudios las que muestran la prevalencia más baja, siendo las categorías intermedias donde se observan las frecuencias más altas de consumo de tabaco (gráfico 8b)

GRAFICO 8a. Proporción de fumadores actuales según nivel de estudios. Hombres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007



Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 8b. Proporción de fumadores actuales según nivel de estudios. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

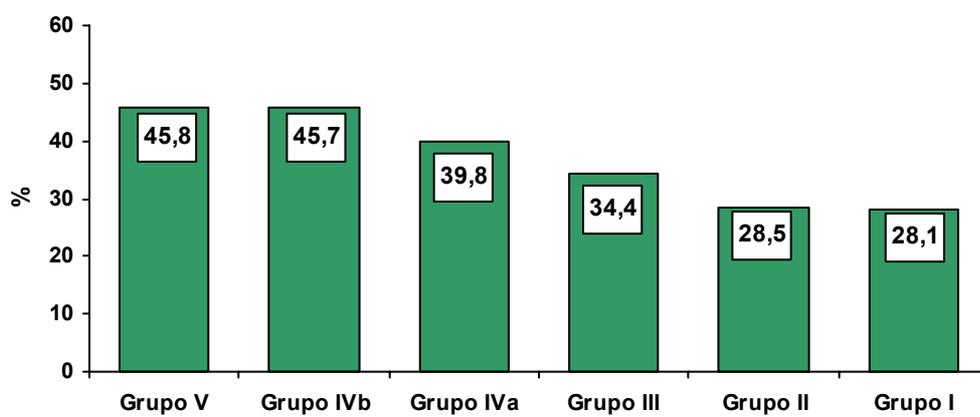


Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Respecto a la clase social, en los hombres, la población que mayor consumo de tabaco presenta son los de posición inferior (Clase V) (45,8%), disminuyendo el consumo a medida que aumenta la categoría de clase social. Si comparamos los extremos, la clase V tiene una prevalencia 1,6 veces superior frente a la clase I (gráfico 9a). En las mujeres sin embargo, se observa un patrón bastante homogéneo en todas las categorías de clase social, excepto en los dos extremos (clase V y I), donde se encuentran las proporciones más bajas de consumo de tabaco (gráfico 9b).

GRAFICO 9a. Proporción de fumadores actuales según clase social. Hombres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

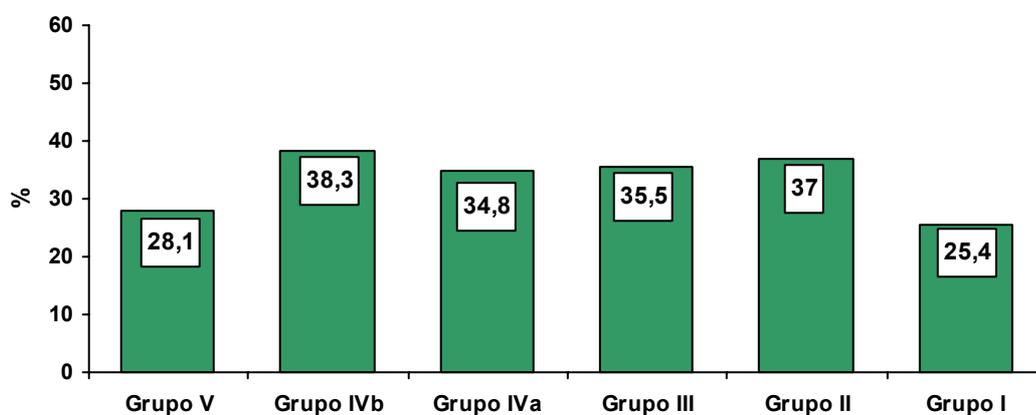
HOMBRES



Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 9b. Proporción de fumadores actuales según clase social. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

MUJERES



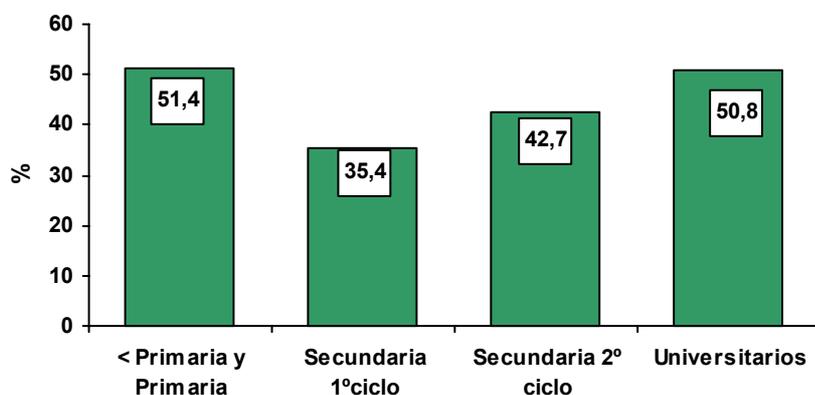
Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

En los gráficos 10 y 11 podemos observar la distribución de la **proporción de abandono** según el nivel de estudios y la clase social respectivamente. En los hombres, la mayor frecuencia de abandono se concentra en las categorías extremas, es decir en el nivel educativo con estudios primarios o inferiores (51,4%) y en el de estudios universitarios (50,8%) (gráfico 10a). En las mujeres la mayor proporción de abandono se produce en las que tienen estudios universitarios (43,8%) siendo bastante homogéneo en el resto de las categorías (gráfico 10b).

Al analizar este indicador según la clase social, observamos en los hombres que a medida que aumenta la posición social se incrementa la proporción de abandono, siendo 1,8 veces más frecuente en los que tienen estudios universitarios respecto a los de nivel más bajo (gráfico 11a). En las mujeres también las que tienen mayor posición abandonan más frecuentemente el consumo, aunque sin una relación tan lineal como en el caso de los hombres (gráfico 11b).

GRAFICO 10a. Proporción de abandono según nivel de estudios. Hombres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

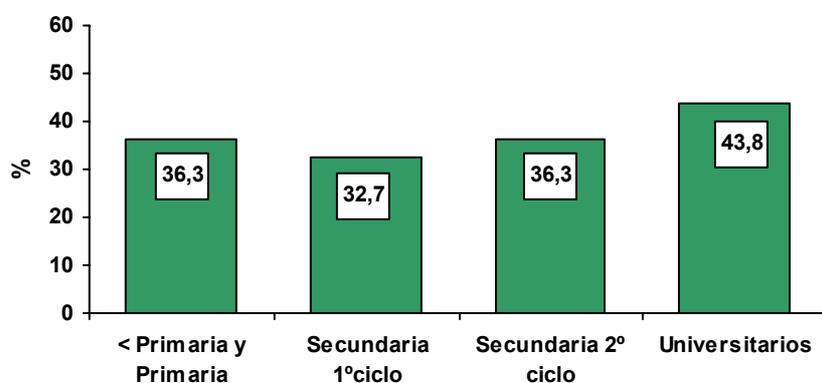
HOMBRES



Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 10b. Proporción de abandono según nivel de estudios. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

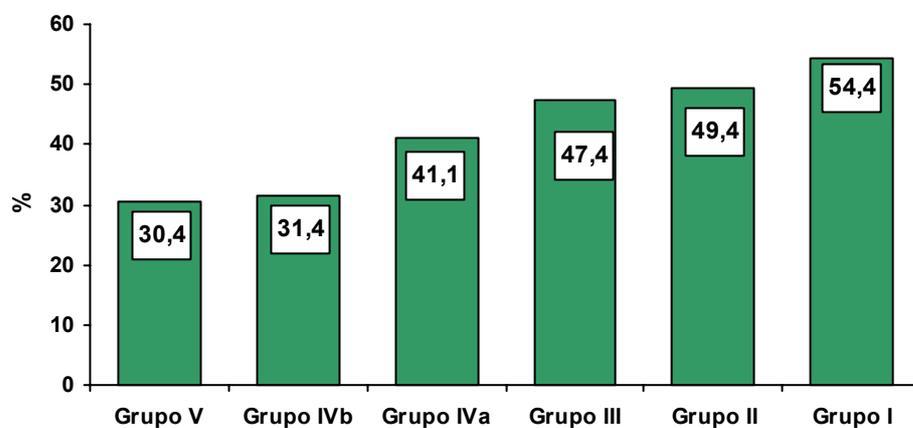
MUJERES



Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 11a. Proporción de abandono según clase social. Hombres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

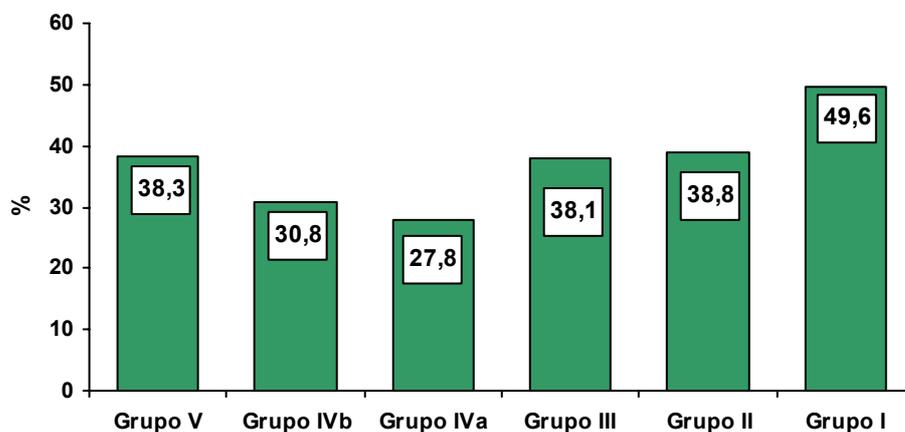
HOMBRES



Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRAFICO 11b. Proporción de abandono según clase social. Mujeres de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007

MUJERES

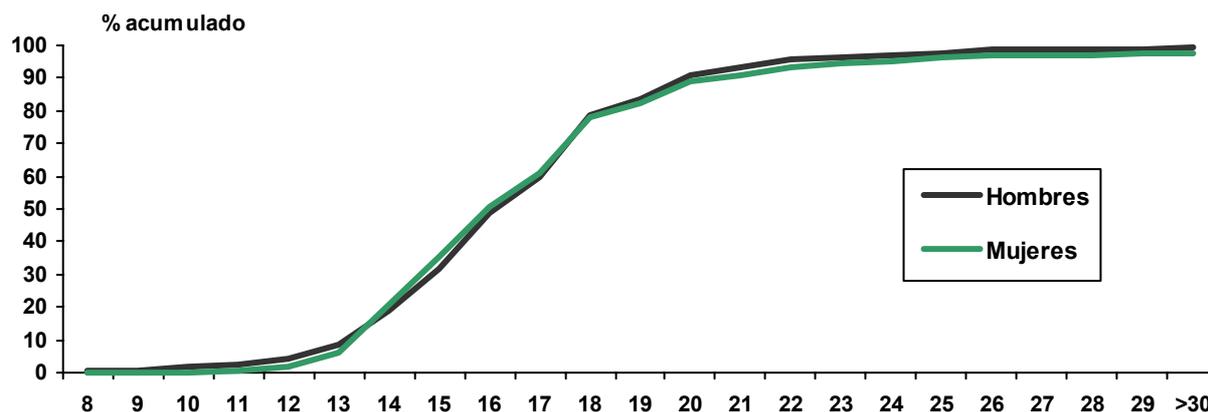


Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Edad de inicio

El promedio de edad, tomando como referencia el valor correspondiente al percentil 50, en la que comienzan a fumar al menos un cigarrillo a la semana las personas que en la actualidad fuman diariamente, es a los 17 años en los hombres y a los 16 en las mujeres (gráfico 12).

GRAFICO 12. Edad de inicio de consumo de tabaco de forma regular según género y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

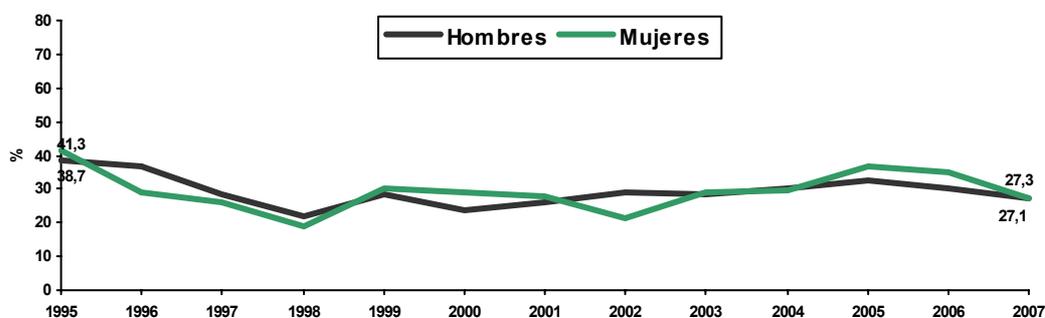


Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Intentos para dejar de fumar

En el año 2007, el 27,1% de los hombres y el 27,3% de las mujeres que fumaban diariamente realizaron algún intento para dejar de fumar, definiendo como intento el haber estado al menos 24 horas sin consumir tabaco. Esta proporción es actualmente muy inferior a la observada en 1995 (gráfico 13), aunque como hemos observado anteriormente la proporción de abandono es superior, lo que se traduce en que a pesar del menor número de intentos realizados, éstos tienen más éxito.

GRAFICO 13. Evolución de la proporción de fumadores diarios que han realizado algún intento para dejar de fumar en el último año según género. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007

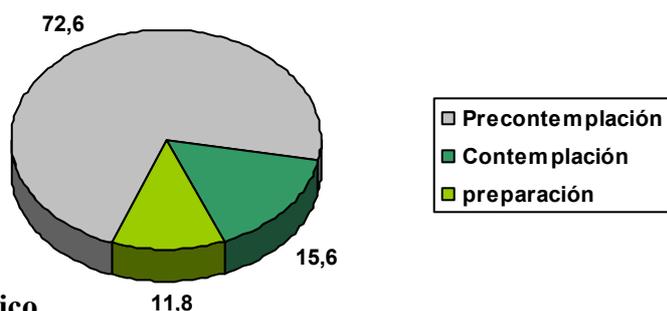


Fuente: SIVFRENT-A 1995-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Fases de abandono

Del total de fumadores diarios un 11,8% está pensando en dejar de fumar en el próximo mes (fase de preparación), un 15,6% en los próximos 6 meses (fase de contemplación), mientras que el 72,6% no se está planteando abandonar el consumo (gráfico 14).

GRAFICO 14. Fases de abandono de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007

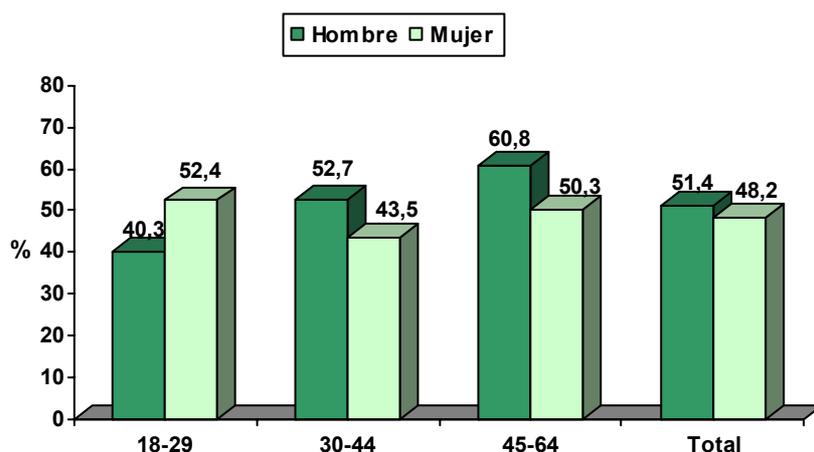


Consejo médico

Fuente: SIVFRENT-A 2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

El 49,8% de los fumadores diarios ha recibido alguna vez consejo médico para dejar de fumar. Esta proporción es superior en los hombres excepto para el grupo más joven (18-29 años), donde son las mujeres las que reciben consejo médico más frecuentemente (gráfico 15).

GRAFICO 15. Consejo médico para dejar de fumar según género y edad. Fumadores diarios 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.



Fuente: SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

4.1.2 Consumo de tabaco en la población juvenil

Prevalencia y distribución por edad y sexo

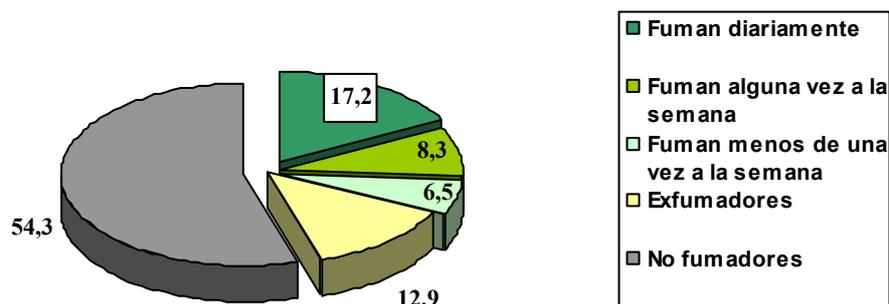
El 32,0% de los jóvenes madrileños fuma con mayor o menor asiduidad, un 54,3% no fuma, y el 12,9% son exfumadores. Especificando más el consumo, el 17,2% fuma diariamente, el 8,3% alguna vez a la semana, y el 6,5% consume tabaco de forma esporádica (gráfico 16).

La proporción de jóvenes que **fuma diariamente** es superior en las mujeres, 18,3%, frente al 16,0% en los hombres, incrementándose su frecuencia con la edad: el 15,0% de los jóvenes de 16 años fuma diariamente frente al 8,0% en los que tienen 15 años.

Respecto al **consumo** de 10 cigarrillos o más al día, la prevalencia es del 4,7%, siendo muy similar en hombres (4,8%) y en mujeres (4,6%).

El 13,6% del total de entrevistados tienen **permiso de los padres** para fumar, incrementándose al 31,3% en el caso de los jóvenes que ya fuman. Aunque los chicos fuman en menor proporción que las chicas, tienen más frecuentemente permiso para fumar que ellas.

GRAFICO 16. Consumo de tabaco. Población 15-16 años. Comunidad de Madrid, 2007.

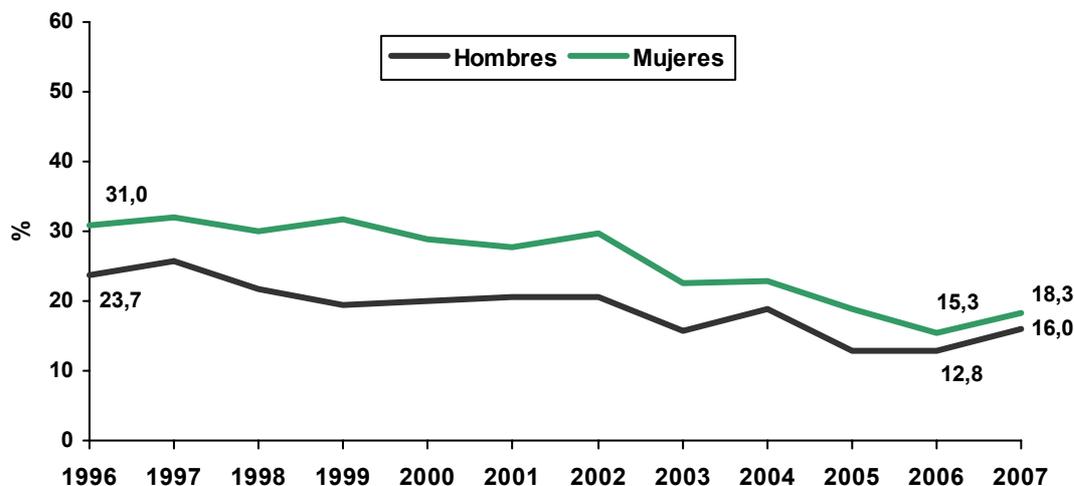


Fuente: SIVFRENT-J 2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Evolución

La encuesta del 2007 parece reflejar un cambio en el patrón de consumo de tabaco en los jóvenes de 15-16 años. Después de un importante descenso de la prevalencia (si comparamos la prevalencia en el 2007 respecto a 1996 se estima una reducción de un 32,5% en hombres y de un 41,0% en mujeres), en este último año se observa, en ambos sexos, un incremento respecto a los datos del 2006 (gráfico 17).

GRÁFICO 17. Evolución de la proporción de jóvenes fumadores diarios por género. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid, 1996-2007.



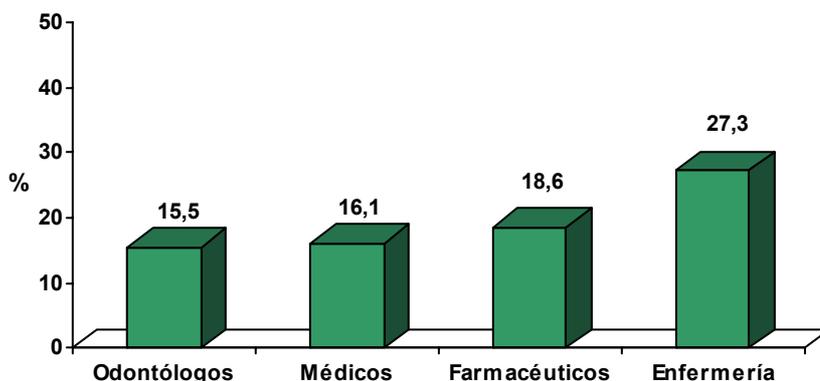
Fuente: SIVFRENT-J 1996-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

4.1.3 Consumo de tabaco en colectivos específicos

Consumo de tabaco en profesionales sanitarios

Los datos de prevalencia de consumo de tabaco entre los profesionales sanitarios, reflejan que el colectivo con una menor proporción de fumadores es el de los odontólogos, con una frecuencia de fumadores actuales del 15,5%, seguido de los médicos (16,1%), farmacéuticos (18,6%) y personal de enfermería con un 27,3% de fumadores (gráfico 18 y tabla 8)

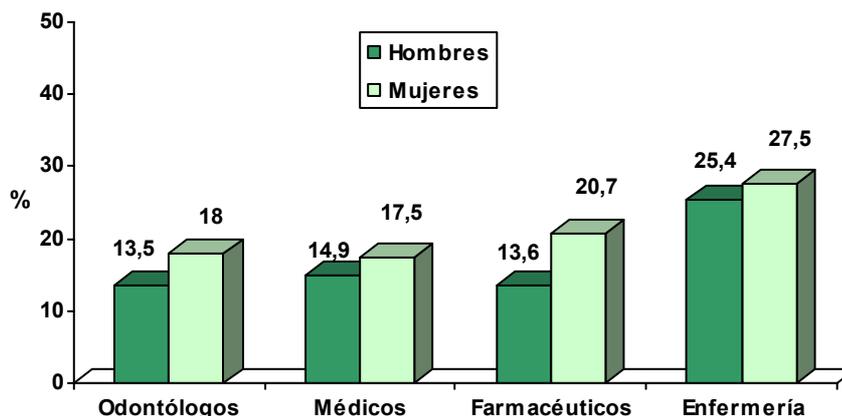
GRÁFICO 18. Proporción de fumadores actuales en profesionales sanitarios. Comunidad de Madrid, 2005.



Fuente: Encuesta de tabaco a profesionales sanitarios, 2005. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

El consumo de tabaco en los profesionales sanitarios es ligeramente superior entre las mujeres respecto a los hombres para cada uno de los colectivos sanitarios estudiados (gráfico 19).

GRÁFICO 19. Proporción de fumadores diarios y ocasionales en profesionales sanitarios, según género. Comunidad de Madrid, 2005.



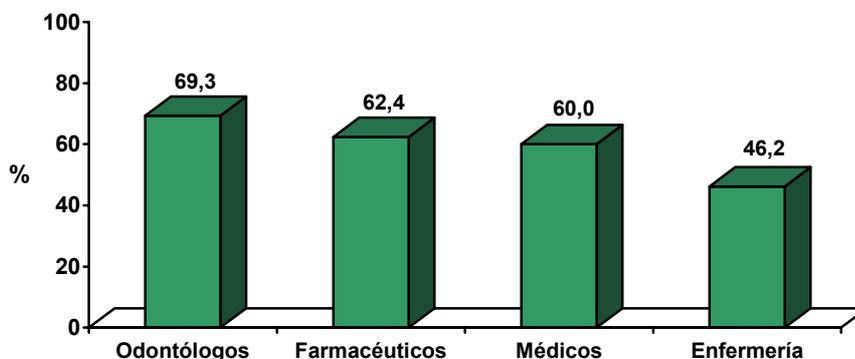
Fuente: Encuesta de tabaco a profesionales sanitarios 2005. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Al comparar las cifras de prevalencia de consumo de tabaco de los profesionales sanitarios frente a las de población general del año 2005 (34,8%), se observa que el colectivo de sanitarios muestra unas cifras menores de consumo, a expensas de una mayor proporción de individuos exfumadores y de no fumadores.

Estas diferencias, se explican en parte por la distinta composición de las muestras de profesionales sanitarios y población general. Aún así, después de controlar el efecto de la distinta composición sociodemográfica, los odontólogos, los médicos y los farmacéuticos presentan una prevalencia inferior de consumo de tabaco respecto a la población general.

La mayor proporción de abandono de los profesionales sanitarios se observa en el colectivo de los odontólogos (69,3%), seguido de los farmacéuticos (62,4%), los médicos (60,0) y el personal de enfermería (46,2%). Si comparamos estas proporciones de abandono con las de la población general correspondientes al 2005 (38,2%), se observa que es muy superior en lo profesionales sanitarios, lo que explica su menor prevalencia actual de consumo de tabaco. (gráfico 20)

GRÁFICO 20. Proporción de abandono en profesionales sanitarios. Comunidad de Madrid 2005.

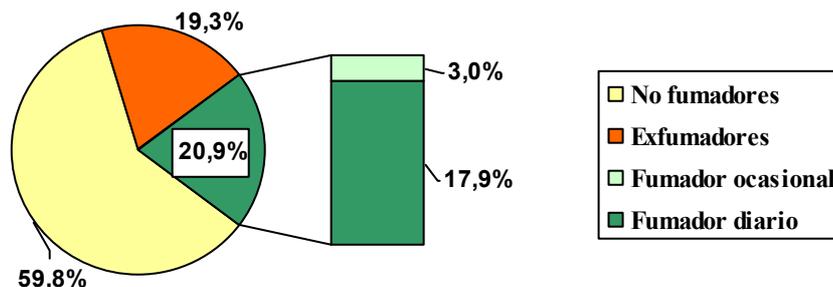


Fuente: Encuesta de tabaco a profesionales sanitarios 2005. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Consumo de tabaco en educadores

La proporción de fumadores actuales entre los educadores de la Comunidad de Madrid es de un 20,9% (un 17,9% fuma diariamente y un 3% ocasionalmente), el 19,3% son exfumadores y un 59,8% refiere no haber fumado nunca (gráfico 21).

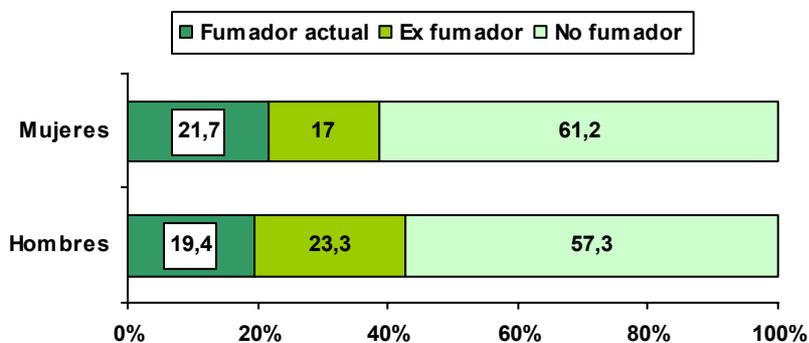
GRÁFICO 21. Consumo de tabaco en profesores de educación primaria y secundaria de la Comunidad de Madrid, 2005.



Fuente: Encuesta de tabaco a educadores 2005. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

El consumo de tabaco es ligeramente superior en las mujeres, con un 21,7%, frente al 19,4% en los hombres (gráfico 22 y tabla 9).

GRÁFICO 22. Proporción de fumadores diarios y ocasionales en profesores de educación primaria y secundaria según género. Comunidad de Madrid, 2005.



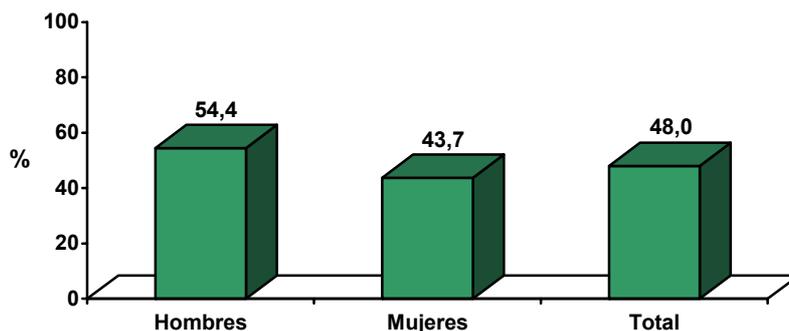
Fuente: Encuesta de tabaco a educadores 2005. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

La frecuencia de fumadores entre los profesores de educación primaria y secundaria es muy similar, un 21,9% y 20,6% respectivamente.

Al comparar la cifra de prevalencia de los educadores con respecto a la de población general del 2005 (34,8%), se observa que los educadores presentan una menor proporción de fumadores, pero estas diferencias se explican por el mayor nivel educativo de este colectivo.

La mayor proporción de abandono de los profesores se observa en los hombres (54,4%) frente a las mujeres (43,7%). La proporción global de abandono de los profesores (48,0%) es también superior a la de la población general correspondiente al 2005 (38,2%) (gráfico 23)

GRÁFICO 23. Proporción de abandono en profesores de educación primaria y secundaria según género. Comunidad de Madrid, 2005.



Fuente: Encuesta de tabaco a educadores 2005. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

TABLA 3. Prevalencia de consumo de tabaco y proporción de abandono. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.

	TOTAL	Hombres	Mujeres	Hombres			Mujeres		
				Edad			Edad		
				18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
Fumadores actuales	33,8 (∇2,1) *	34,8 (∇3,0)	32,9 (∇2,9)	39,1 (∇5,9)	37,0 (∇5,0)	28,4 (∇5,1)	38,6 (∇6,1)	34,9 (∇4,9)	26,9 (∇4,6)
Fumadores diarios	31,3 (∇2,1)	32,2 (∇3,0)	30,4 (∇2,9)	35,9 (∇5,8)	33,9 (∇4,9)	27,2 (∇5,0)	36,0 (∇6,0)	31,8 (∇4,2)	25,1 (∇4,5)
Consumo ≥ 20 cigarrillos/día	10,4 (∇1,4)	12,2 (∇2,1)	8,7 (∇1,8)	9,1 (∇3,6)	14,6 (∇3,7)	12,0 (∇3,7)	5,3 (∇2,9)	9,6 (∇3,1)	10,1 (∇3,2)
Proporción de abandono	41,1 (∇2,9)	44,3 (∇4,0)	37,5 (∇4,2)	20,0 (∇7,1)	40,3 (∇6,4)	61,8 (∇6,3)	22,1 (∇7,5)	40,2 (∇6,6)	45,1 (∇7,5)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 4. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007.

	TOTAL	Hombres	Mujeres	Hombres			Mujeres		
				Edad			Edad		
				18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
1987	44,6 (∇2,6)*	58,1 (∇3,8)	33,2 (∇3,4)	59,5 (∇6,5)	59,7 (∇6,8)	55,0 (∇6,6)	66,5 (∇5,8)	27,5 (∇5,7)	7,1 (∇3,1)
1993	42,7 (∇2,5)	53,3 (∇3,6)	33,1 (∇3,2)	53,1 (∇6,1)	59,6 (∇6,2)	47,4 (∇6,2)	45,1 (∇6,5)	41,7 (∇5,6)	15,7 (∇4,1)
1995	42,4 (∇2,2)	45,8 (∇3,1)	39,1 (∇3,0)	44,1 (∇5,4)	53,1 (∇5,4)	40,2 (∇5,3)	52,2 (∇5,5)	48,5 (∇5,3)	19,1 (∇4,0)
1996	39,8 (∇2,1)	43,4 (∇3,1)	36,3 (∇2,9)	42,5 (∇5,4)	49,2 (∇5,5)	38,7 (∇5,3)	47,2 (∇5,5)	45,1 (∇5,2)	18,4 (∇4,0)
1997	40,3 (∇2,1)	43,0 (∇3,1)	37,7 (∇3,0)	40,6 (∇5,3)	50,8 (∇5,4)	37,7 (∇5,3)	53,1 (∇5,4)	44,9 (∇5,2)	16,8 (∇3,9)
1998	40,1 (∇2,1)	45,3 (∇3,1)	35,1 (∇2,9)	43,7 (∇5,4)	52,3 (∇5,4)	39,9 (∇5,3)	46,8 (∇5,4)	43,3 (∇5,2)	16,8 (∇3,9)
1999	41,2 (∇2,2)	44,0 (∇3,1)	38,4 (∇2,9)	42,0 (∇5,4)	48,0 (∇5,4)	42,1 (∇5,4)	43,7 (∇5,4)	49,9 (∇5,2)	22,6 (∇4,7)
2000	39,3 (∇2,1)	40,3 (∇3,1)	38,3 (∇3,0)	35,1 (∇5,2)	45,8 (∇5,4)	39,9 (∇5,3)	43,3 (∇5,4)	45,8 (∇5,2)	26,5 (∇4,6)
2001	38,1 (∇2,2)	40,1 (∇3,1)	36,1 (∇3,0)	37,5 (∇5,4)	43,3 (∇5,5)	39,6 (∇5,5)	38,7 (∇5,5)	48,0 (∇5,4)	22,3 (∇4,4)
2002	37,8 (∇2,1)	39,5 (∇3,1)	36,2 (∇3,0)	38,5 (∇5,4)	47,5 (∇5,6)	32,6 (∇5,3)	39,4 (∇5,5)	46,0 (∇5,4)	23,7 (∇4,5)
2003	36,2 (∇2,1)	38,0 (∇3,1)	34,5 (∇3,0)	35,0 (∇5,3)	44,0 (∇5,6)	35,0 (∇5,4)	40,2 (∇5,5)	38,4 (∇5,2)	25,4 (∇4,7)
2004	36,3 (∇2,1)	37,3 (∇3,1)	35,3 (∇3,0)	35,5 (∇5,7)	40,3 (∇5,2)	35,6 (∇5,4)	36,0 (∇5,7)	44,3 (∇5,2)	25,6 (∇4,6)
2005	34,8 (∇2,1)	36,6 (∇3,1)	33,2 (∇2,9)	37,1 (∇5,7)	38,1 (∇5,1)	34,4 (∇5,4)	37,9 (∇5,7)	33,5 (∇4,9)	29,0 (∇4,8)
2006	33,2 (∇2,1)	35,1 (∇3,0)	31,4 (∇2,9)	36,0 (∇5,9)	37,0 (∇5,0)	32,1 (∇5,2)	38,5 (∇6,0)	34,1 (∇4,9)	23,7 (∇4,5)
2007	33,8 (∇2,1)	34,8 (∇3,0)	32,9 (∇2,9)	39,1 (∇5,9)	37,0 (∇5,0)	28,4 (∇5,1)	38,6 (∇6,1)	34,9 (∇4,9)	26,9 (∇4,6)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 5. Evolución de la proporción de abandono del consumo de tabaco. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007.

	TOTAL	Hombres	Mujeres	Hombres			Mujeres		
				Edad			Edad		
				18-29	30-44	45-64	18-29	30-44	45-64
1987	20,6 (∇2,8)*	22,1 (∇3,7)	18,2 (∇4,3)	12,7 (∇5,3)	22,6 (∇6,6)	29,8 (∇6,9)	7,2 (∇5,8)	29,3 (∇9,3)	45,7 (∇16,5)
1993	23,5 (∇2,8)	25,3 (∇3,7)	20,8 (∇4,3)	17,7 (∇5,8)	21,4 (∇6,0)	35,9 (∇6,9)	17,2 (∇6,7)	20,6 (∇6,4)	27,7 (∇10,9)
1995	27,3 (∇2,6)	30,7 (∇3,6)	23,1 (∇3,6)	14,4 (∇5,3)	30,4 (∇5,7)	42,7 (∇6,4)	15,7 (∇5,1)	26,2 (∇5,7)	30,7 (∇9,0)
1996	28,6 (∇2,7)	33,0 (∇3,7)	22,9 (∇3,7)	17,3 (∇5,7)	35,4 (∇6,0)	42,5 (∇6,5)	15,3 (∇5,3)	26,4 (∇5,9)	29,5 (∇9,2)
1997	29,6 (∇2,6)	35,0 (∇3,7)	22,5 (∇3,7)	17,5 (∇5,9)	31,8 (∇5,9)	49,8 (∇6,3)	9,9 (∇4,2)	27,3 (∇5,9)	36,8 (∇9,7)
1998	27,6 (∇2,0)	29,0 (∇2,9)	26,0 (∇2,7)	13,5 (∇3,7)	27,1 (∇4,8)	42,4 (∇5,4)	15,2 (∇3,9)	29,5 (∇4,8)	38,0 (∇5,0)
1999	31,0 (∇2,0)	33,7 (∇2,9)	28,0 (∇2,7)	15,0 (∇3,9)	34,7 (∇5,2)	45,0 (∇5,4)	16,1 (∇5,2)	29,4 (∇4,8)	39,9 (∇5,1)
2000	31,3 (∇2,7)	36,7 (∇3,8)	24,9 (∇3,7)	21,4 (∇6,7)	34,6 (∇6,2)	47,6 (∇6,2)	18,1 (∇5,8)	27,3 (∇5,9)	29,6 (∇7,7)
2001	33,0 (∇2,8)	38,0 (∇3,9)	26,7 (∇3,9)	18,7 (∇6,6)	37,6 (∇6,5)	49,8 (∇6,3)	18,8 (∇6,5)	27,3 (∇6,0)	35,5 (∇8,8)
2002	33,0 (∇2,8)	35,1 (∇3,9)	30,6 (∇4,0)	18,3 (∇6,5)	30,5 (∇6,3)	51,6 (∇6,8)	17,9 (∇6,3)	30,6 (∇6,1)	43,7 (∇8,2)
2003	37,4 (∇2,8)	40,5 (∇3,9)	33,9 (∇4,1)	26,0 (∇7,3)	37,3 (∇6,5)	52,9 (∇6,5)	23,5 (∇6,7)	34,3 (∇6,8)	44,2 (∇7,9)
2004	35,7 (∇2,8)	38,9 (∇4,0)	32,2 (∇4,0)	24,8 (∇7,6)	36,1 (∇6,4)	50,2 (∇6,7)	22,8 (∇7,4)	30,3 (∇6,0)	42,9 (∇7,9)
2005	38,2 (∇2,9)	39,2 (∇4,0)	37,0 (∇4,2)	21,7 (∇7,2)	35,5 (∇6,6)	53,0 (∇6,6)	24,0 (∇7,3)	45,7 (∇6,6)	36,4 (∇7,6)
2006	40,8 (∇2,9)	43,3 (∇4,0)	37,9 (∇4,3)	20,8 (∇7,5)	41,6 (∇6,4)	56,7 (∇6,5)	28,2 (∇7,8)	40,2 (∇6,7)	43,6 (∇8,1)
2007	41,1 (∇2,9)	44,3 (∇4,0)	37,5 (∇4,2)	20,0 (∇7,1)	40,3 (∇6,4)	61,8 (∇6,3)	22,1 (∇7,5)	40,2 (∇6,6)	45,1 (∇7,5)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 6. Proporción de fumadores actuales y proporción de abandono del consumo de tabaco según nivel de estudios. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

	NIVEL DE ESTUDIOS			
	< Primarios y Primarios	Secundarios 1er. grado	Secundarios 21. grado	Universitarios
Proporción de fumadores actuales				
Hombres	38,0 * (∇8,3)	46,2 (∇4,5)	32,6 (∇3,5)	28,1 (∇3,6)
Mujeres	20,0 (∇5,1)	36,2 (∇4,4)	37,9 (∇3,7)	28,0 (∇3,6)
Proporción de abandono				
Hombres	51,4 (∇9,7)	35,4 (∇5,2)	42,7 (∇5,0)	50,8 (∇5,3)
Mujeres	36,3 (∇11,2)	32,7 (∇5,9)	36,3 (∇4,8)	43,8 (∇5,6)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 7. Proporción de fumadores actuales y proporción de abandono del consumo de tabaco según clase social. Población 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.

	CLASE SOCIAL					
	Clase V	Clase IVb	Clase IVa	Clase III	Clase II	Clase I
Proporción de fumadores actuales:						
Hombres	45,8 * (∇9,3)	45,7 (∇7,0)	39,8 (∇4,8)	34,4 (∇4,2)	28,5 (∇5,2)	28,1 (∇5,3)
Mujeres	28,1 (∇5,6)	38,3 (∇5,4)	34,8 (∇6,8)	35,5 (∇3,9)	37,0 (∇6,5)	25,4 (∇5,9)
Proporción de abandono:						
Hombres	30,4 (∇10,8)	31,4 (∇8,0)	41,1 (∇5,9)	47,4 (∇5,5)	49,4 (∇7,8)	54,4 (∇7,6)
Mujeres	38,3 (∇9,1)	30,8 (∇6,9)	27,8 (∇9,4)	38,1 (∇5,2)	38,8 (∇8,5)	49,6 (∇9,6,)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 8. Prevalencia de consumo de tabaco en profesionales sanitarios. Comunidad de Madrid, 2005.

	Médicos	Enfermería	Odontólogos	Farmacéuticos
Fumadores actuales	16,1 * (±2,9)	27,3 (±3,5)	15,5 (±5,3)	18,6 (±5,6)
Fumadores diarios	12,7 (±2,6)	22,9 (±3,3)	12,5 (±4,8)	15,2 (±5,2)
Fumadores Ocasionales	3,4 (±1,5)	4,3 (±1,7)	3,0 (±2,6)	3,4 (±2,7)
Ex fumadores	24,1 (±3,4)	23,5 (±3,4)	35,0 (±6,9)	30,8 (±6,6)
No fumadores	59,7 (±3,9)	49,2 (±3,9)	49,5 (±7,2)	50,5 (±7,1)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 9. Proporción de consumo de tabaco en profesores de educación primaria y secundaria. Comunidad de Madrid, 2005.

	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores actuales	20,9 * (±2,9)	19,5 (±4,7)	21,8 (±3,7)
Fumadores diarios	17,9 (±2,7)	17,5 (±4,5)	18,1 (±3,4)
Fumadores ocasionales	3,0 (±1,2)	2,0 (±1,8)	3,7 (±1,7)
Ex fumadores	19,3 (±2,8)	23,3 (±5,0)	17,0 (±3,3)
No fumadores	59,8 (±3,5)	57,2 (±5,2)	61,2 (±4,3)

* Intervalo de confianza al 95%

4.2. EXPOSICIÓN AMBIENTAL A HUMO DEL TABACO

4.2.1. Exposición en población adulta

Exposición en el entorno del hogar

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 34,3% de los encuestados refirió que una o más personas de las que vivían en el hogar (en hogares compuestos por más de una persona), fumaban habitualmente en el interior del mismo, mientras que esta cifra descendió ligeramente a un 30,1% tras la entrada en vigor de la Ley (enero del 2006) y se mantiene en un 31,4% en el 2007 (tabla 10 y gráfico 24).

Respecto al tiempo de exposición, la proporción de encuestados que estuvieron expuestos al humo del tabaco en el interior del hogar entre 1-3 horas diarias es muy similar en todas las encuestas (entre el 13% y 14%), mientras que para los que estuvieron expuestos más de 3 horas se observó un ligero descenso tras la entrada en vigor de la Ley: un 8,3% en el año 2005 frente a un 5,6% en 2006 y 6,1% en 2007 (tabla 10 y gráfico 24).

Exposición en el entorno laboral

El 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados estuvieron expuestos en el 2005 al humo del tabaco, disminuyendo esta proporción al 9,5% y 8,6% en 2006 y 2007 tras la aplicación de la Ley. La cantidad de exposición diaria al humo del tabaco en el entorno laboral también ha descendido de forma importante tras la nueva regulación, pasando de un 19,0% a un 3-4% para exposiciones de 1-3 horas y del 26,5% al 5,4% (2006) y 3,0% (2007) para exposiciones de más de 3 horas (tabla 11 y gráfico 25).

Exposición en el entorno de ocio: bares y restaurantes

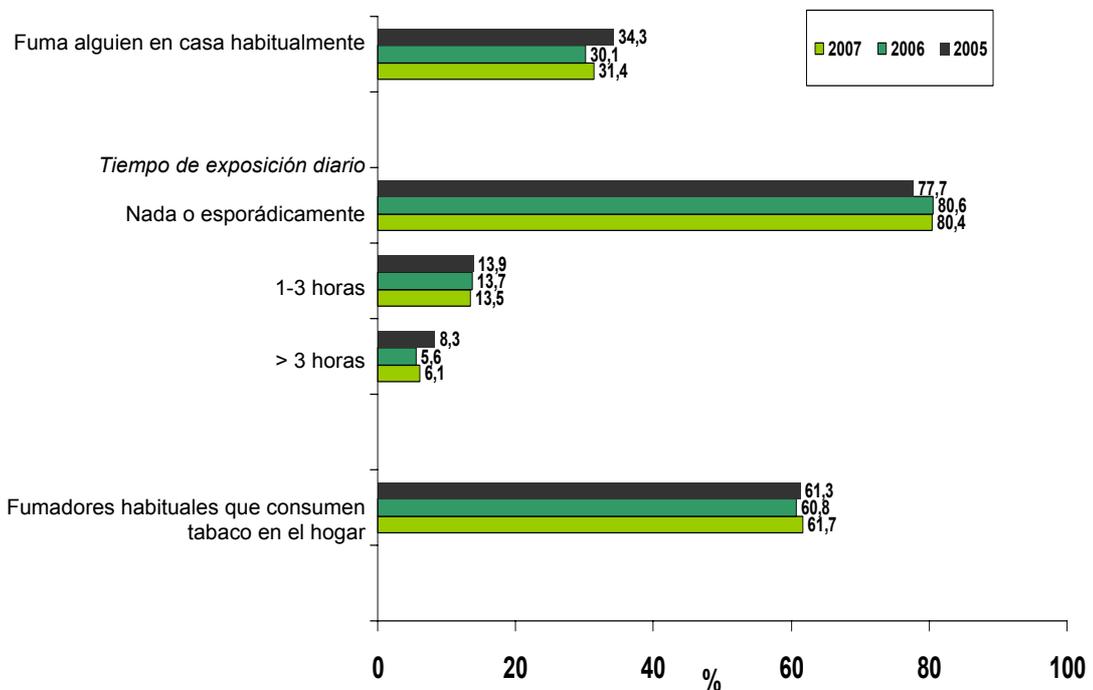
Actualmente en el 2007, un 37,5% de los encuestados que han acudido a bares durante el último mes describe el ambiente como “bastante cargado” de humo del tabaco y un 13,0% como “muy cargado”, cifras inferiores al 41,3% y 24,6% respectivamente observadas en el período previo a la Ley. Sin embargo, comparado con el 2006, la proporción de personas que perciben el ambiente de estos espacios públicos como bastante o muy cargados es en términos absolutos un 4,7% superior (tabla 12 y gráfico 26), lo que se puede interpretar como un retroceso en el control de esta exposición ambiental al humo del tabaco.

Entre los encuestados que han frecuentado restaurantes en el 2007, un 13,3% describe el ambiente como “bastante cargado” y un 3,3% como “muy cargado”, cifras también inferiores al 19,8% y 7,9% respectivamente que se observaron en el período previo a la regulación (gráfico 26). En este caso, aunque también se observa mayor exposición a ambientes bastante o muy cargados de humo de tabaco en el 2007 frente al 2006, las diferencias son pequeñas: 16,6% frente a 15,2%.

Estos resultados ponen de manifiesto que la “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo” está obteniendo un importante efecto en la disminución de la exposición

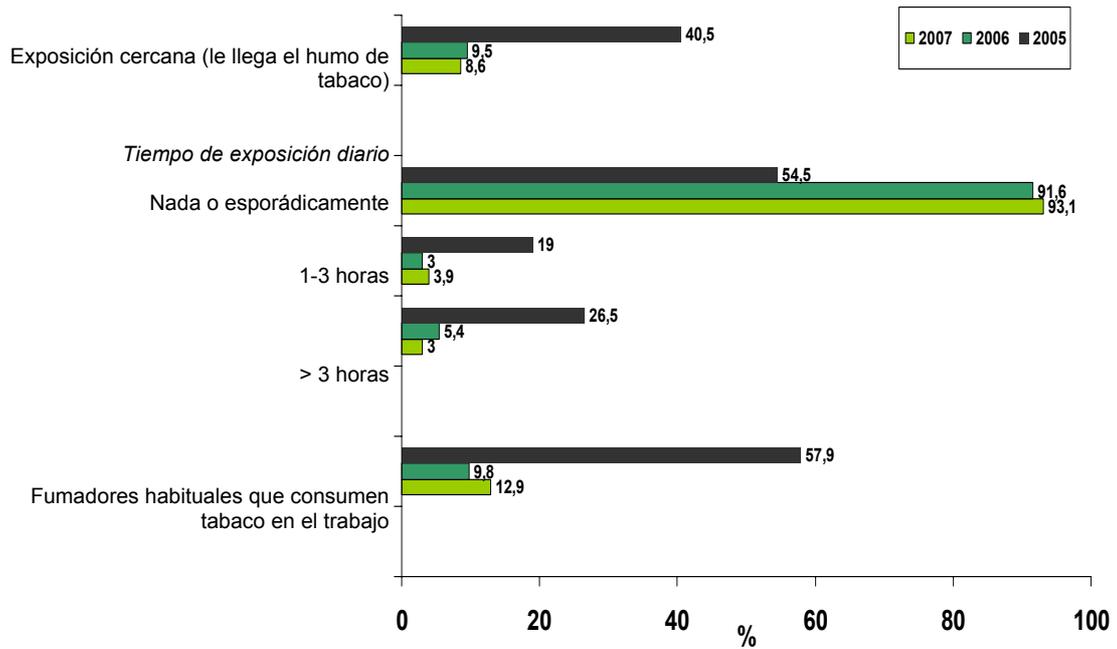
ambiental al humo del tabaco en el entorno laboral y en menor medida en los establecimientos de restauración (bares y restaurantes), mientras que no se ha observado apenas cambios en la exposición en el hogar. Estos efectos están directamente relacionados con el tipo de medidas de control aplicadas para cada uno de estos entornos: prohibición total de fumar en el entorno laboral, prohibición parcial en bares y restaurantes y ninguna medida de control en el hogar.

GRÁFICO 24. Comparación de la prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar, antes y después de la entrada en vigor de la “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.



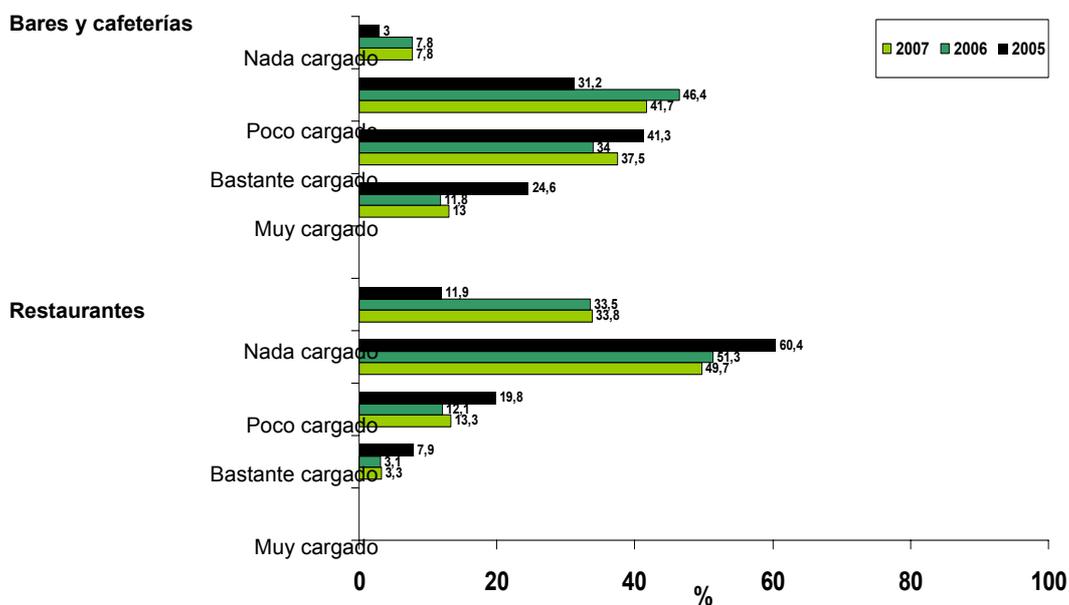
Fuente: Encuesta de tabaco a población general 2005; SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRÁFICO 25. Comparación de la prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el *trabajo*, antes y después de la entrada en vigor de la “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.



Fuente: Encuesta de tabaco a población general 2005; SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRÁFICO 26. Comparación de la prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en los servicios de restauración, antes y después de la entrada en vigor de la “Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo”. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.



Fuente: Encuesta de tabaco a población general 2005, SIVFRENT-A 2006-2007. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

TABLA 10. Prevalencia de exposición a humo de tabaco ambiental en el hogar. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

	AÑO		
	2005	2006	2007
Exposición en el hogar			
Fuma alguien en casa habitualmente	34,3 *(±2,3)	30,1 (±2,1)	31,4 (±2,1)
Tiempo de exposición diario			
Nada o esporádicamente	77,7 (±2,0)	80,6 (±1,8)	80,4 (±1,8)
1-3 horas	13,9 (±1,7)	13,7 (±1,6)	13,5 (±1,6)
Más de 3 horas	8,3 (±1,3)	5,6 (±1,1)	6,1 (±1,1)
Fumadores habituales que consumen tabaco en el hogar	61,3 (±4,1)	60,8 (±3,9)	61,7 (±3,8)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 11. Prevalencia de exposición a humo de tabaco ambiental en el trabajo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

	AÑO		
	2005	2006	2007
Exposición en el trabajo			
Exposición cercana (le llega el humo de tabaco a su puesto de trabajo)	40,5 * (±3,0)	9,5 (±1,7)	8,6 (±1,7)
<i>Tiempo de exposición diario</i>			
Nada o esporádicamente	54,5 (±3,1)	91,6 (±1,6)	93,1 (±1,5)
1-3 horas	19,0 (±2,4)	3,0 (±1,0)	3,9 (±1,1)
Más de 3 horas	26,5 (±2,7)	5,4 (±1,3)	3,0 (±1,0)
Fumadores habituales que consumen tabaco en el trabajo	57,9 (±5,2)	9,8 (±2,9)	12,9 (±3,3)

* Intervalo de confianza al 95%

TABLA 12. Prevalencia de exposición a humo de tabaco ambiental en bares y restaurantes. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid.

	AÑO		
	2005	2006	2007
Exposición en bares-cafeterías			
Ambiente nada cargado de humo de tabaco	3,0 * (±0,8)	7,8 (±1,3)	7,8 (±1,2)
Ambiente poco cargado de humo de tabaco	31,2 (±2,3)	46,4 (±2,4)	41,7 (±2,3)
Ambiente bastante cargado de humo de tabaco	41,3 (±2,5)	34,0 (±2,2)	37,5 (±2,3)
Ambiente muy cargado de humo de tabaco	24,6 (±2,1)	11,8 (±1,5)	13,0 (±1,6)
Exposición en restaurantes			
Ambiente nada cargado de humo de tabaco	11,9 (±1,7)	33,5 (±2,4)	33,8 (±2,4)
Ambiente poco cargado de humo de tabaco	60,4 (±2,6)	51,3 (±2,6)	49,7 (±2,5)
Ambiente bastante cargado de humo de tabaco	19,8 (±2,1)	12,1 (±1,7)	13,3 (±1,7)
Ambiente muy cargado de humo de tabaco	7,9 (±1,5)	3,1 (±0,9)	3,3 (±0,9)

* Intervalo de confianza al 95%

4.2.2. Exposición en población juvenil

Según los datos más recientes del 2007, casi uno de cada tres jóvenes está expuesto diariamente en el hogar a humo de tabaco, un 23,2% entre 1 y 3 horas y un 9,4% más de 3 horas diarias. Como se puede observar en la tabla 13, en el 2006 y 2007 se ha producido un ligero incremento de la proporción de jóvenes que no están expuestos respecto al año 2005. Estos datos son compatibles con la evolución observada en población adulta y descritos previamente.

Respecto a la exposición fuera del hogar, casi uno de cada dos jóvenes afirma estar expuesto diariamente a humo de tabaco, un 40,4% entre 1-3 horas y un 5,1% más de 3 horas. Al igual que en la exposición en el hogar se observa un ligero incremento en los años 2006 y 2007 de la frecuencia de jóvenes no expuestos.

TABLA 13. Prevalencia de exposición a humo de tabaco ambiental dentro y fuera del hogar. Población de 15-16 años. Comunidad de Madrid.

	AÑO		
	2005	2006	2007
<i>Exposición en el hogar: Tiempo de exposición diario</i>			
Nada o esporádicamente	63,5 * (±2,1)	66,9 (±2,1)	67,4 (±2,2)
1-3 horas	27,9 (±2,0)	23,6 (±1,9)	23,2 (±1,9)
Más de 3 horas	8,6 (±1,2)	9,5 (±1,3)	9,4 (±1,3)
<i>Exposición fuera del hogar: Tiempo de exposición diario</i>			
Nada o esporádicamente	51,4 (±2,2)	55,3 (±2,2)	54,5 (±2,3)
1-3 horas	41,2 (±2,2)	40,9 (±2,2)	40,4 (±2,3)
Más de 3 horas	7,4 (±1,1)	3,8 (±0,8)	5,1 (±1,0)

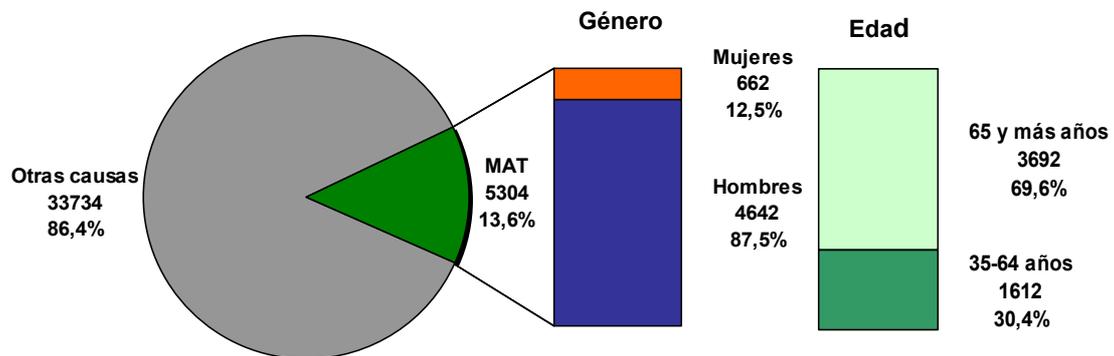
* Intervalo de confianza al 95%

4.3 MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO

Muertes atribuibles al tabaquismo 2004

En el año 2004, el tabaco ocasionó 5.304 muertes en la Comunidad de Madrid (tabla 14), lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años ese año en nuestra región (gráfico 27).

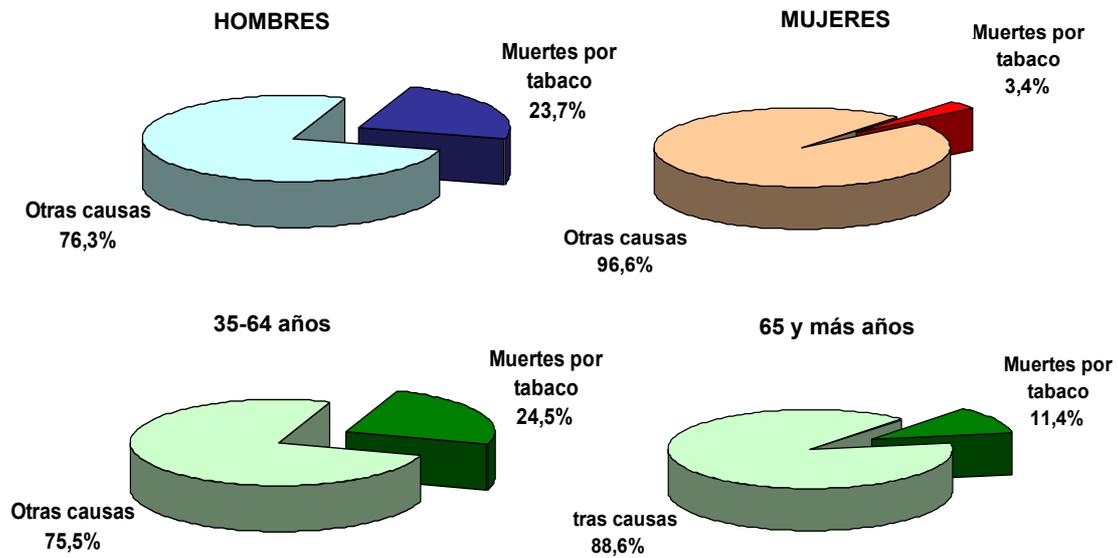
GRÁFICO 27. Muertes atribuibles al tabaquismo (MAT) según género y edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004



Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

El 87,5% de las muertes atribuibles al tabaquismo ocurrieron en varones (4.642) y el 12,5% en mujeres (662) (tabla 14 y gráfico 27). Estas cifras suponen el 23,7% de todas las muertes ocurridas en varones (1 de cada 4 muertes) y el 3,4 % en mujeres (1 de cada 29) (gráfico 28). Según la edad, el 24,5% de los fallecimientos entre los 35 y 64 años fueron atribuidos al tabaco, reduciéndose al 11,4% en los mayores de 64 años (gráfico 28).

GRÁFICO 28. Porcentaje de muertes atribuibles al tabaquismo según género y edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.



Fuente: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

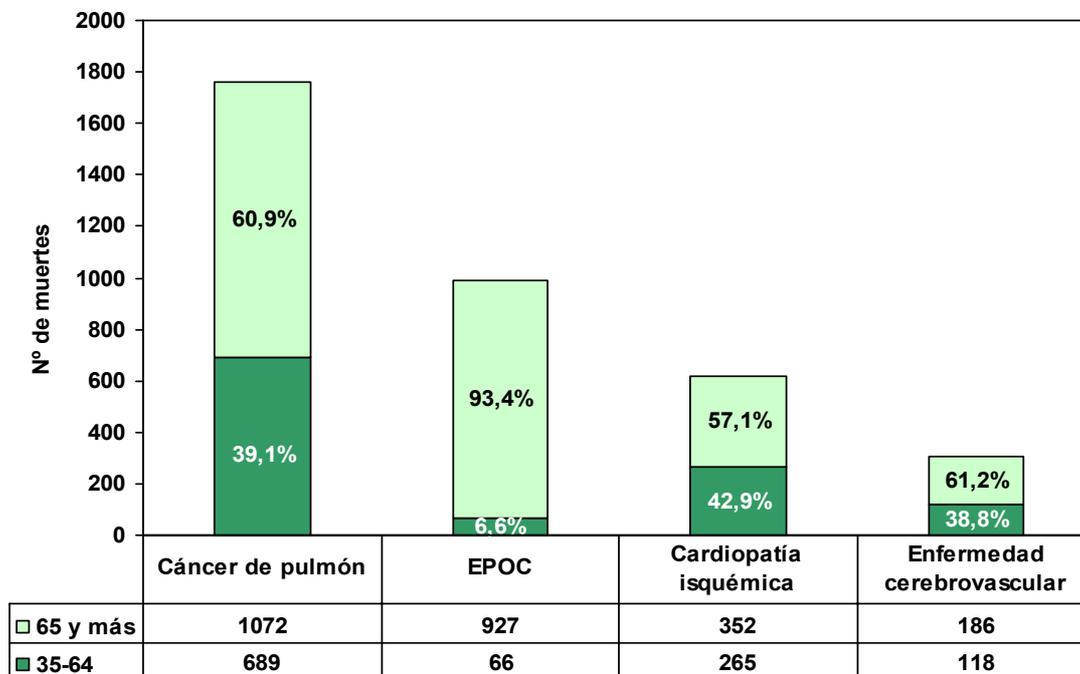
Por grandes grupos, los tumores malignos representaron la mayor proporción de las muertes por tabaco (48,0%), seguido de las enfermedades cardiovasculares (28,8%) y las enfermedades respiratorias (23,1%). Esta distribución fue similar en los varones y en las mujeres, predominando en ambos los tumores malignos (49,0% y 41,2% de las muertes atribuibles en hombres y mujeres, respectivamente), seguido de las enfermedades cardiovasculares (28,1% y 34,3% en hombres y mujeres, respectivamente) y en tercer lugar las enfermedades respiratorias (22,9% y 24,5% de las muertes atribuibles en hombres y mujeres, respectivamente) (tabla 14).

Dos tercios de las muertes ocurridas por el tabaco fueron muertes por cuatro causas: cáncer de pulmón (33,2%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (18,7%), cardiopatía isquémica (11,6%) y enfermedad cerebrovascular (5,7%). En los hombres, predominó el cáncer de pulmón (34,0% de las muertes atribuibles al tabaquismo), seguido de la EPOC (18,7%), la cardiopatía isquémica (11,5%) y, en cuarto lugar, la enfermedad cerebrovascular (5,4%). En las mujeres, se observó una distribución similar con un predominio de las muertes por cáncer de pulmón (27,5%), seguido de la EPOC (19,0%), la cardiopatía isquémica (12,5%) y la enfermedad cerebrovascular (8,3%) (tabla 14).

Mortalidad prematura

Hay que destacar que casi un tercio de las muertes atribuibles (30,4%) son muertes prematuras ocurridas antes de los 65 años (gráfico 27). Las 1.612 muertes ocurridas en los sujetos de 35-64 años representan el 24,5% de todas las muertes ocurridas en esa población en la Comunidad de Madrid en 2004.

GRÁFICO 29. Muertes atribuibles al tabaquismo por cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, según edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.



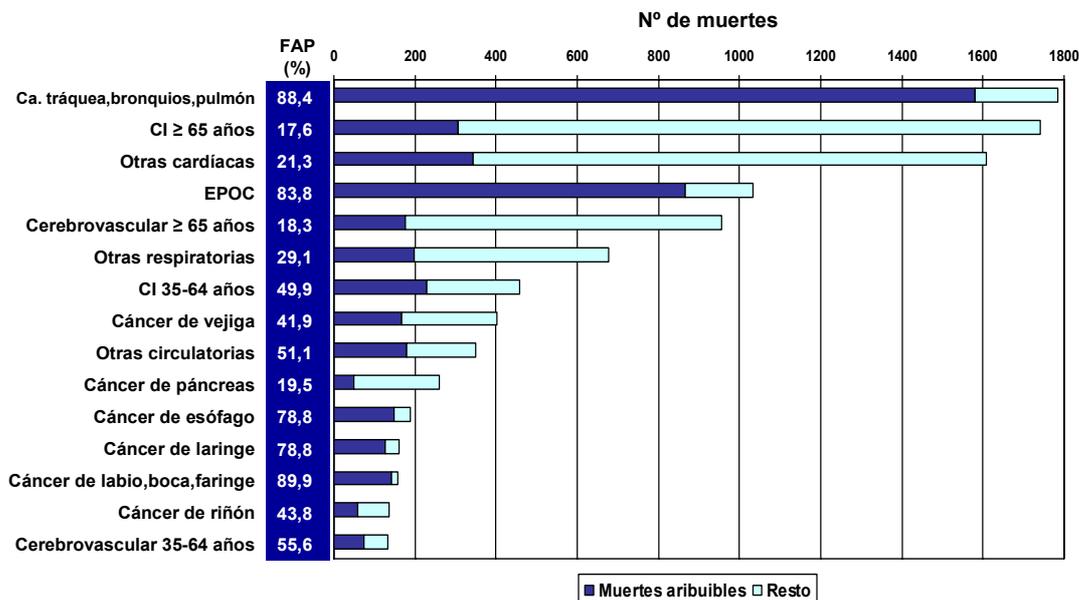
Fuente: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Además, es destacable que el 42,9% de las muertes por cardiopatía isquémica, el 39,1% de las muertes por cáncer de pulmón, el 38,8% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y el 6,6% de las muertes por EPOC ocurrieron entre los 35 y los 64 años de edad (gráfico 29).

Fracciones atribuibles

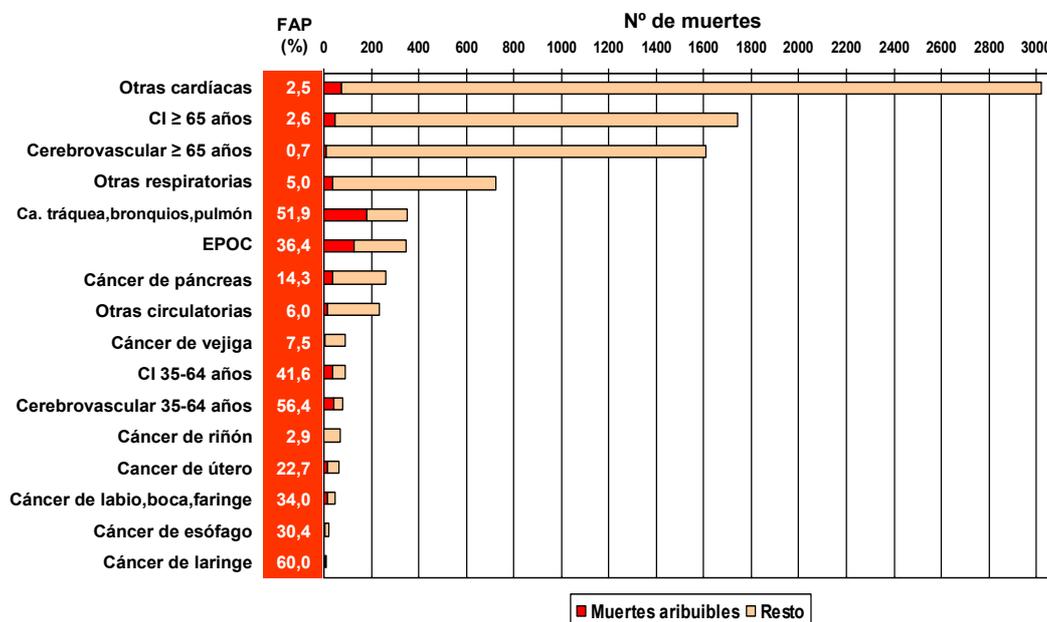
El 88,4% de todas las muertes por cáncer de pulmón, el 83,8% de las muertes por EPOC, el 24,3% de las muertes por enfermedad coronaria y el 22,9% de las muertes cerebrovasculares fueron atribuibles al tabaco en varones (tabla 15 y gráfico 30). En mujeres esas cifras fueron del 51,9%, 36,4%, 4,5% y 3,3%, respectivamente (tabla 15 y gráfico 31).

GRÁFICO 30. Fracciones atribuibles (FAP: %) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas. Hombres de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.



Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRÁFICO 31. Fracciones atribuibles (FAP: %) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas. Mujeres de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.

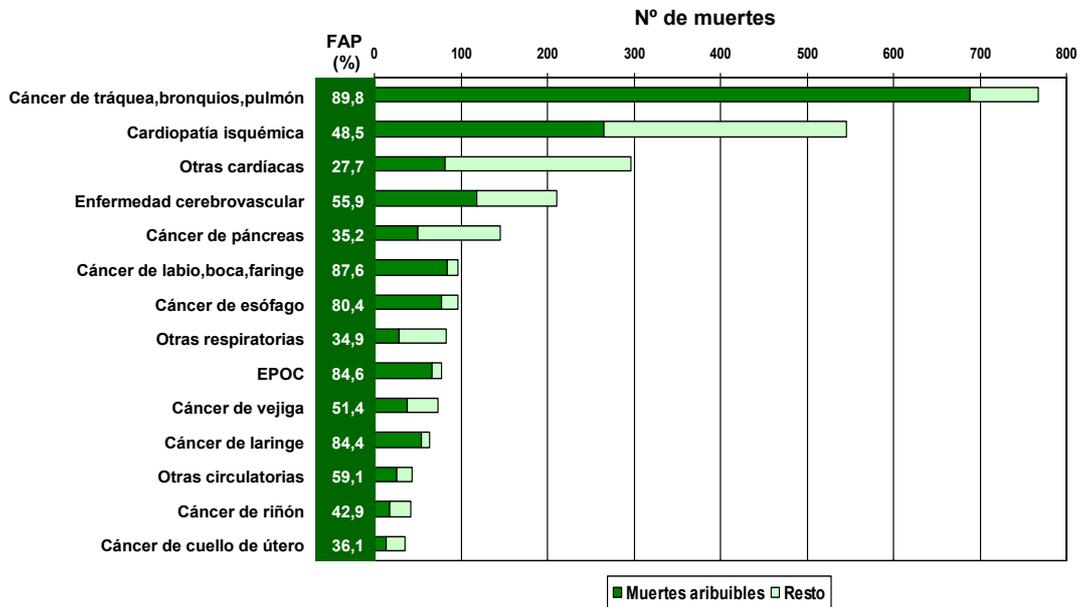


Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Entre los 35 y los 64 años, el tabaco fue responsable del 89,0% de las muertes por cáncer de pulmón (92,1% en los hombres, 81,0% en las mujeres), el 84,6% de las muertes por EPOC (85,2% en los hombres, 82,4% en las mujeres), el 48,5% de las

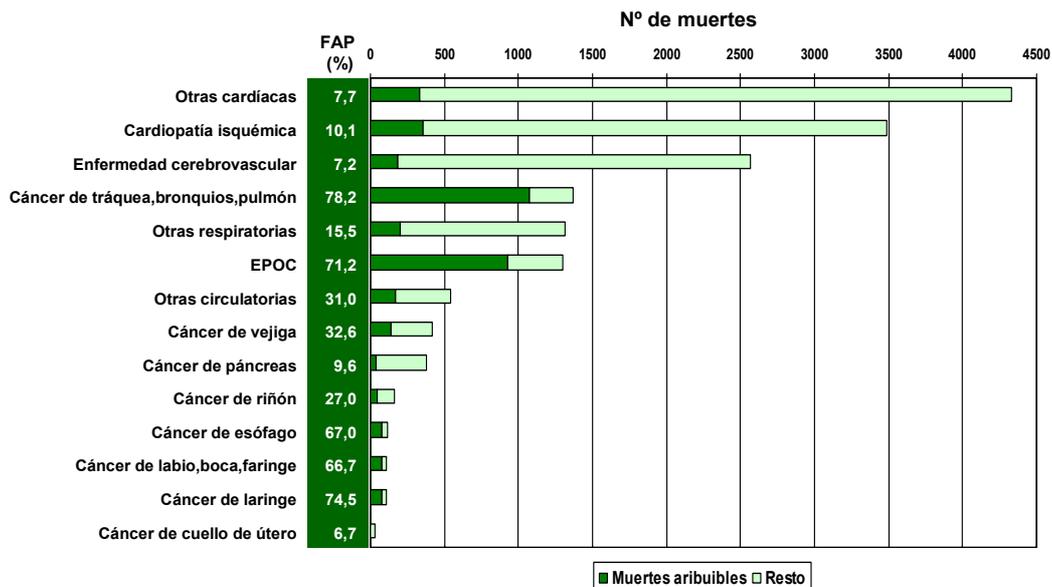
muerres por enfermedad coronaria (49,9% en los hombres, 41,6% en las mujeres) y el 55,9% de las muertes cerebrovasculares (55,6% en los hombres, 56,4% en las mujeres) (tabla 16 y gráficos 32 y 33).

GRÁFICO 32. Fracciones atribuibles (FAP: %) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas. Población de 35-64 años. Comunidad de Madrid, 2004.



Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

GRÁFICO 33. Fracciones atribuibles (FAP: %) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas. Población de 65 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.



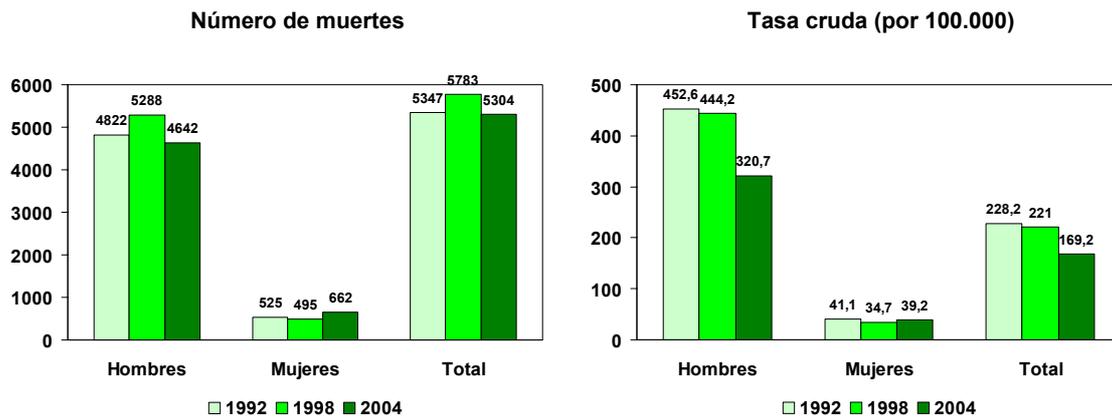
Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.

Por último, aunque las fracciones atribuibles proporcionales suelen ser mayores en los fumadores, en los exfumadores pueden ser considerables para algunas causas, en particular para la EPOC en varones (tabla 15).

Evolución en la mortalidad atribuible al tabaquismo en el periodo 1992-2004.

En la tabla 14 y en el gráfico 34 se muestra el número de muertes y la tasa cruda, atribuibles al consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid en 1992, 1998 y 2004.

GRÁFICO 34. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaquismo según género. Comunidad de Madrid 1992, 1998 y 2004.

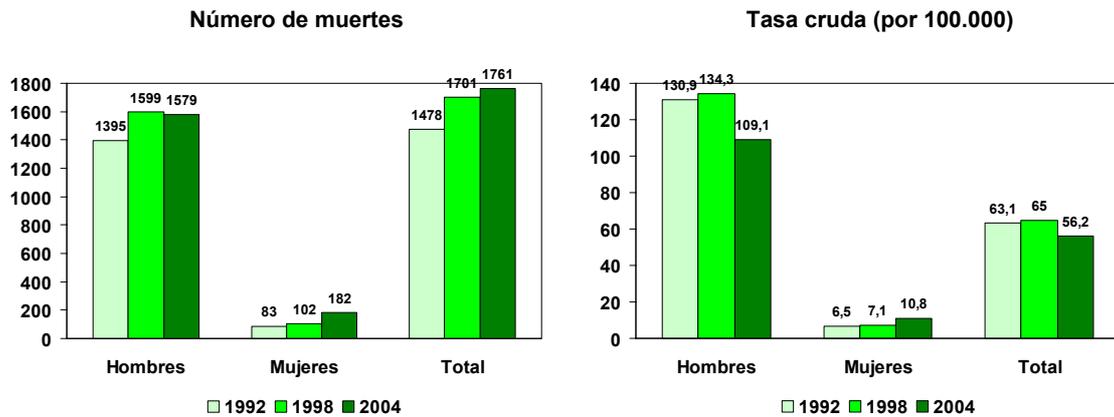


Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid

Por primera vez se aprecia en 2004 en la Comunidad de Madrid una disminución en el número total de muertes atribuibles al consumo de tabaco y una disminución clara en la tasa cruda total de mortalidad atribuible al tabaquismo. En comparación con la estimación de 1998^{11,21}, se observan en la actualidad 479 muertes atribuibles al tabaquismo menos (gráfico 34). Sin embargo, este descenso es a expensas sólo de la disminución en el número de muertes atribuibles en los varones, con 646 muertes menos que las registradas en 1998, mientras que en las mujeres las muertes atribuibles al tabaquismo aumentaron en 2004 respecto a 1998 (167 muertes más). Este mismo fenómeno se ha observado en el conjunto de España^{22,23} y es consistente con la diferente evolución que ha experimentado la “epidemia de tabaquismo” en hombres y mujeres, tal y como se ha descrito previamente en el apartado de prevalencia de consumo.

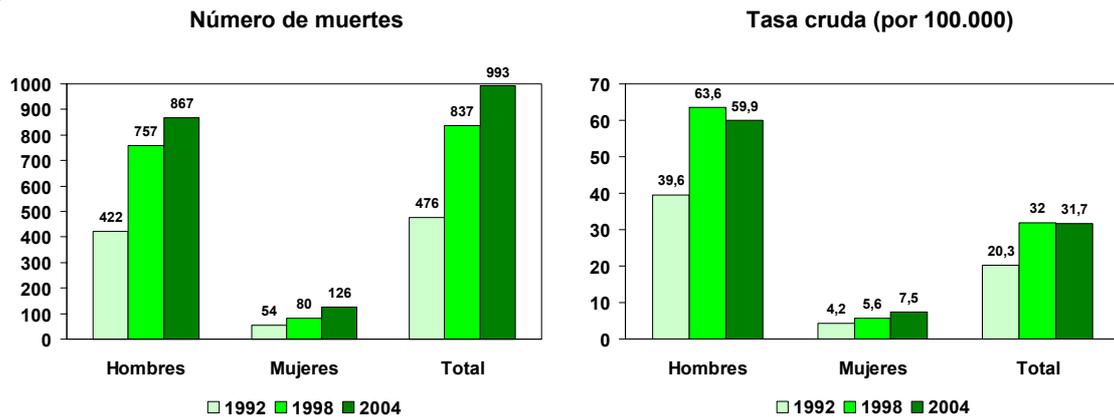
Por último, es destacable que, en determinadas causas como la EPOC las muertes atribuibles al tabaquismo siguieron aumentando en 2004 tanto en hombres como en mujeres, aunque las tasas crudas por estas enfermedades registraron en 2004 un descenso en hombres (gráfico 36).

GRÁFICO 35. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón atribuible al tabaquismo según género. Comunidad de Madrid, 1992, 1998 y 2004.



Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid

GRÁFICO 36. Evolución de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica atribuible al tabaquismo según género. Comunidad de Madrid 1992, 1998 y 2004.



Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid

Situación en la Comunidad de Madrid respecto de España.

Las 5.304 muertes atribuibles al tabaquismo registradas en la Comunidad de Madrid en el año 2004 representan más del 10% de las muertes por tabaco ocurridas ese año en España (51.000)²³.

En el conjunto de España, el cambio en la tendencia creciente se aprecia en torno al año 2000^{22,24}, con 2.700 muertes menos que en 1999^{24,25} y 941 menos que en 1998^{19,24}. De este modo, en la Comunidad de Madrid, el descenso que se registra en 2004 es muy probable que haya comenzado con anterioridad a este año.

TABLA 14. Muertes atribuibles al consumo de tabaco, según la causa de muerte y género. Comunidad de Madrid, 1992, 1998 y 2004.

Causas de muerte (Código CIE-9/ Código CIE-10)	1992			1998			2004		
	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Tumores malignos	2124 (44,0)	131 (25,0)	2255 (42,2)	2338 (44,2)	161 (32,5)	2499 (43,2)	2275 (49,0)	273 (41,2)	2548 (48,0)
Labio, boca, faringe (140-149/ C00-C14, C46.2)	166 (3,4)	9 (1,7)	175 (3,3)	168 (3,2)	9 (1,8)	177 (3,2)	142 (3,1)	17 (2,6)	159 (3,0)
Esófago (150/ C15)	133 (2,8)	9 (1,7)	142 (2,7)	131 (2,5)	7 (1,4)	138 (2,4)	149 (3,2)	7 (1,1)	156 (2,9)
Páncreas (157/ C25)	58 (1,2)	15 (2,9)	73 (1,4)	62 (1,2)	22 (4,4)	84 (1,5)	51 (1,1)	37 (5,6)	88 (1,7)
Laringe (161/ C32)	179 (3,7)	2 (0,4)	181 (3,4)	136 (2,6)	5 (1,0)	141 (2,4)	126 (2,7)	6 (0,9)	132 (2,5)
Tráquea, bronquios, pulmón (162/ C33, C34, C39.8, C45.7)	1395 (28,9)	83 (15,8)	1478 (27,6)	1599 (30,2)	102 (20,6)	1701 (29,4)	1579 (34,0)	182 (27,5)	1761 (33,2)
Cuello de útero (180/ C53)	0 (0,0)	8 (1,5)	8 (0,1)	0 (0,0)	10 (2,0)	10 (0,2)	0 (0,0)	15 (2,3)	15 (0,3)
Vejiga (188/ C67)	147 (3,0)	5 (1,0)	152 (2,8)	160 (3,0)	4 (0,8)	164 (2,8)	168 (3,6)	7 (1,1)	175 (3,3)
Riñón (189/ C64-C65, C68)	46 (1,0)	0 (0,0)	46 (0,9)	82 (1,6)	2 (0,4)	84 (1,5)	60 (1,3)	2 (0,3)	62 (1,2)
Enfermedades cardiovasculares	1909 (39,6)	283 (53,9)	2154 (40,3)	1812 (34,3)	213 (43,0)	2025 (35,0)	1303 (28,1)	227 (34,3)	1530 (28,8)
Cardiopatía isquémica (410-414/ I20-I25)	623 (12,9)	60 (11,4)	683 (12,8)	639 (12,1)	54 (10,9)	693 (12,0)	534 (11,5)	83 (12,5)	617 (11,6)
35-64 años	306 (6,3)	23 (4,4)	329 (6,2)	256 (4,8)	23 (4,6)	279 (4,8)	228 (4,9)	37 (5,6)	265 (5,0)
≥ 65 años	317 (6,6)	37 (7,0)	354 (6,6)	383 (7,2)	31 (6,3)	414 (7,2)	306 (6,6)	46 (6,9)	352 (6,6)
Cerebrovascular (430-438/ G45 excepto G45.3, G93.6, G93.8, G95.1, I60-I69)	431 (8,9)	70 (13,3)	501 (9,2)	400 (7,6)	58 (11,7)	458 (7,9)	249 (5,4)	55 (8,3)	304 (5,7)
35-64 años	127 (2,6)	31 (5,9)	158 (3,0)	97 (1,8)	39 (7,9)	136 (2,4)	74 (1,6)	44 (6,6)	118 (2,2)

Causas de muerte (Código CIE-9/ Código CIE-10)	1992			1998			2004		
	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
≥ 65 años	304 (6,3)	39 (7,4)	343 (6,4)	303 (5,7)	19 (3,8)	322 (5,6)	175 (3,8)	11 (1,7)	186 (3,5)
Otras cardíacas (390-398, 401-405, 415-417, 420 429/ I00-I02, I05-I15, I26-I52, I97-I98, R00.1, R00.8, R01.2)	572 (11,9)	104 (19,8)	676 (12,6)	533 (10,1)	77 (15,6)	610 (10,5)	342 (7,4)	75 (11,3)	417 (7,9)
Otras circulatorias (440-448/ I70-I79, M30-M31)	283 (5,9)	49 (9,3)	332 (6,2)	240 (4,5)	24 (4,8)	264 (4,6)	178 (3,8)	14 (2,1)	192 (3,6)
Enfermedades respiratorias	789 (16,4)	111 (21,1)	900 (16,8)	1138 (21,5)	121 (24,4)	1259 (21,8)	1064 (22,9)	162 (24,5)	1226 (23,1)
EPOC (490-492, 496/ J20.9, J40-J44, J98.0)	422 (8,8)	54 (10,3)	476 (8,9)	757 (14,3)	80 (16,2)	837 (14,5)	867 (18,7)	126 (19,0)	993 (18,7)
Otras respiratorias (010-012, 480-487, 493/ A15, A16, A48.1, B05.2, B90.9, J10-J18, J45, J46, J65)	367 (7,6)	57 (10,9)	424 (7,9)	381 (7,2)	41 (8,3)	422 (7,3)	197 (4,2)	36 (5,4)	233 (4,4)
TOTAL	4822 (100)	525 (100)	5347 (100)	5288 (100)	495 (100)	5783 (100)	4642 (100)	662 (100)	5304 (100)
Fallecidos por todas las causas	17759	16274	34033	18628	17650	36278	19591	19447	39038

Los porcentajes expresan la proporción de muertes por cada enfermedad o grupo de enfermedades respecto del total de muertes atribuibles en cada columna (100%).

CIE-9 y CIE-10: 9ª y 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Otras cardíacas: reumáticas, hipertensiva, circulatoria pulmonar y otras formas. **Otras circulatorias:** aterosclerosis, aneurisma aórtico y otras. **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Otras respiratorias: neumonía, influenza, asma y otras.

TABLA 15. Fracciones atribuibles (%) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas, por género. Comunidad de Madrid, 2004.

	Hombres	Mujeres
TUMORES MALIGNOS	73,6	29,7
Cáncer de labio, boca, faringe	89,9	34,0
Cáncer de esófago	78,8	30,4
Cáncer de páncreas	19,5	14,3
Cáncer de laringe	78,8	60,0
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	88,4	51,9
Cáncer de cuello de útero	--	22,7
Cáncer de vejiga	41,9	7,5
Cáncer de riñón	43,8	2,9
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	24,9	3,4
Cardiopatía isquémica	24,3	4,5
Enfermedad cerebrovascular	22,9	3,3
Otras cardíacas	21,3	2,5
Otras circulatorias	51,1	6,0
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	62,2	15,2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	83,8	36,4
Otras respiratorias	29,1	5,0

TABLA 16. Fracciones atribuibles (%) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas, por género. Comunidad de Madrid, 2004.

	35-64 años	65 y más años
TUMORES MALIGNOS	77,6	56,5
Cáncer de labio, boca, faringe	87,6	66,7
Hombres	93,6	86,3
Mujeres	63,2	16,1
Cáncer de esófago	80,4	67,0
Hombres	80,9	76,8
Mujeres	66,7	20,0
Cáncer de páncreas	35,2	9,6
Hombres	34,2	13,2
Mujeres	36,4	6,2
Cáncer de laringe	84,4	74,5
Hombres	83,3	76,0
Mujeres	100,0	50,0
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón	89,8	78,2
Hombres	92,1	86,5
Mujeres	81,0	28,0
Cáncer de cuello de útero	36,1	6,7
Hombres	--	--
Mujeres	36,1	6,7
Cáncer de vejiga	51,4	32,6
Hombres	52,1	39,6
Mujeres	0,0	7,6
Cáncer de riñón	42,9	27,0
Hombres	51,5	41,3
Mujeres	11,1	1,7
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	44,8	9,5
Cardiopatía isquémica	48,5	10,1
Hombres	49,9	17,6
Mujeres	41,6	2,6
Enfermedad cerebrovascular	55,9	7,2
Hombres	55,6	18,3
Mujeres	56,4	0,7
Otras cardíacas	27,7	7,7
Hombres	31,1	19,8
Mujeres	20,0	1,9
Otras circulatorias	59,1	31,0
Hombres	62,9	49,8
Mujeres	44,4	4,9
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	59,0	43,2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	84,6	71,2
Hombres	85,2	83,7
Mujeres	82,4	34,3
Otras respiratorias	34,9	15,5
Hombres	37,5	28,5
Mujeres	29,6	3,9

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfad/b/>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>
3. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalba JR, Borrás JM. Reconstrucción del consumo de tabaco en España a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc) 2003; 120:14-6
4. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking : A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Centers for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/>
6. European trends towards smoke-free provisions. Status: January 2008. European Network for Smoking Prevention. Available at: <http://www.ensp.org/trends/eupolicies>
7. Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos del tabaco. L. N.º 28/2005 (27 diciembre 2005). Disponible en: http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2005/21261
8. Galán I, Mata N, Estrada C, Díez-Gañán L, Velázquez L, Zorrilla B, Gandarillas A, Ortiz H. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health*. 2007 Aug 30;7:224
9. Consejería de Salud. El consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1994; 3 (21)
10. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Vigilancia del consumo de tabaco y sus efectos para la salud en la Comunidad de Madrid 1997; 5 (11):3-27
11. Consejería de Sanidad. Vigilancia del consumo de tabaco y su impacto en la mortalidad de la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2001; 7 (supl 1):3-38
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1987. Madrid 1989.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid 1995.
14. 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.
15. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. SG editores. Barcelona 1995.
16. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 1997. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 1997; 5(8):3-17

17. Consejería de Sanidad. Programa Regional de Prevención y Control del Tabaquismo. Vigilancia epidemiológica: Disponible en: <http://www.ganavida.org/index.asp?idp=1441>
18. Consejería de Sanidad. Programa Regional de Prevención y Control del Tabaquismo. Resultados de la Encuesta sobre tabaco a población general. Comunidad de Madrid, 2.005. Disponible en: <http://www.ganavida.org/index.asp?idp=1441>
19. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Medicina Clínica 2001; 117: 692-694.
20. Nelson DE, Kirkendall RS, Lawton RL, et al. Surveillance for Smoking-Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost, by State- United States, 1990. MMWR, 1994; Vol. 43; N°.SS1:1-8.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>
22. Zorrilla-Torras B, García-Marín N, Galán-Labaca I, Gandarillas-Grande A. Smoking Attributable Mortality in the Community of Madrid: 1992–1998. European Journal of Public Health 2005; 15: 43-50.
23. Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Medicina Clínica 2005; 124: 769-771.
24. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR. Epidemiología del Tabaquismo. Morbi-mortalidad. En: Jiménez Ruiz CA, Fagerström KO. Tratado de Tabaquismo. Madrid: Grupo Aula Médica S.L.; 2007.
25. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en el año 2000. Prevención del Tabaquismo 2003; 5: 53.
26. Díez-Gañán L, Banegas Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1999. Prevención del Tabaquismo 2002; 4: 40.

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.

OTRAS HEPATITIS VÍRICAS, AÑO 2006

En la Comunidad de Madrid las hepatitis víricas son de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos. A efectos de notificación, en la rúbrica otras hepatitis víricas se deben incluir Hepatitis C, Delta y E. Se excluyen de la notificación las hepatitis agudas por otros virus distintos (Epstein-Barr, Citomegalovirus, etc.). También están excluidos de esta definición los portadores crónicos de Ag HBs (excepto cuando padezcan una infección nueva por otro virus).

Clínicamente la enfermedad presenta un comienzo insidioso de los síntomas (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y elevación en el suero de las aminotransferasas (ALT, AST).

A efectos de vigilancia epidemiológica se consideran diferentes definiciones de caso según el tipo de hepatitis vírica que estemos considerando.

Se considera caso *Sospechoso/Probable* de hepatitis vírica aquel que presenta una clínica compatible y se clasifica como:

- **Hepatitis C** si tiene antecedentes epidemiológicos relacionados con esta enfermedad, y presenta Ig M Anti VHA negativa y serologías para otras hepatitis víricas negativas.
- **Hepatitis Delta** si presenta antecedentes de drogadicción, hemofilia o transfusiones, y Hbs Ag positivo.
- **Hepatitis E** si la serología para otras hepatitis víricas es negativa.
- **Hepatitis sin especificar** si la serología para las hepatitis víricas que son consideradas EDO es negativa, y no presenta antecedentes de factores de riesgo para las mismas, o tiene antecedentes que no nos permiten sospechar un tipo concreto de hepatitis.

Se considera caso *confirmado* aquel que cumple la definición clínica de caso y los siguientes criterios de confirmación de laboratorio:

- **Hepatitis C:** Seroconversión documentada. La presencia en suero de Anti VHC y/o VHC RNA mediante técnica de RT-PCR y/o Ig M anti-C22 y/o HCAg (sólo detectable en hígado) se considerará cuando las circunstancias clínicas o epidemiológicas lo aconsejen.
- **Hepatitis delta:** Presencia en suero de HD Ag y/o VHD RNA mediante técnica de RT-PCR y/o títulos elevados de anti-VHD (Ig M o seroconversión Ig G) en pacientes con HBsAg positivo.
- **Hepatitis E:** Presencia de VHE RNA mediante técnica de RT-PCR y/o Ac anti-VHE positivo (Ig M o seroconversión Ig G).

Incidencia

Durante el año 2006 se notificaron 127 casos de otras hepatitis víricas, lo que supone una incidencia acumulada de 2,11 casos por 100.000 habitantes en ese periodo, y 3 casos más que en el año anterior. De estos casos, 115 se notificaron como hepatitis C, lo que supone una incidencia de 1,91 casos por 100.000 habitantes.

En el mapa nº 1 se presenta la incidencia acumulada por 100.000 habitantes y por distritos sanitarios. La mayor incidencia se observó en los distritos de Fuenlabrada (Área 9), Carabanchel (Área 11), Usera (Área 11), Collado Villalba (Área 6) y Villaverde (Área 11) con 7,96, 4,60, 4,55, 4,45 y 4,19 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Evolución temporal

En el gráfico 1 se muestra la evolución de la incidencia de otras hepatitis víricas y de hepatitis C desde 2002 hasta 2006. La incidencia de ambas entidades sigue un curso paralelo, con una tendencia ascendente a lo largo del periodo y con un incremento puntual en 2004. En 2002 la hepatitis C supuso un 95,2% del total de otras hepatitis víricas notificadas, y en el resto del periodo la proporción de casos de hepatitis C se ha mantenido estable en torno al 90%.

Casos notificados

El 52,0% de los casos notificados eran hombres. El rango de edad osciló entre 12 y 86 años, con una media de 49 años. En el gráfico 2 se presenta la incidencia por grupos de edad en 2005 y 2006, observándose en 2006 menos casos en los grupos de jóvenes y adultos, y más casos en los mayores de 45 años.

En un caso no se disponía de información sobre el país de origen, el 82,7% de los casos eran españoles y el resto extranjeros.

El 89,0% de los casos se clasificaron como confirmados y el 11,0% como sospechosos/probables. En el 90,5% de los casos el diagnóstico se realizó mediante pruebas serológicas y en el 3,1% se realizó diagnóstico microbiológico.

En cuanto al tipo de hepatitis, se notificaron 115 casos de hepatitis C (90,6%), un caso confirmado de hepatitis E, con Ac anti-VHE positivo y los 11 casos restantes se clasificaron como sospechosos/probables, sin especificar el tipo.

Respecto a la forma de presentación, 5 casos se presentaron como asociados a otros casos de su entorno familiar y un caso como asociado a un pinchazo accidental. Todos ellos estaban clasificados como casos confirmados de hepatitis C, aunque no se notificó ningún brote de otras hepatitis víricas en 2006.

Hepatitis C

Se notificaron 115 casos de hepatitis C, siendo hombres el 51,3% de los mismos. El rango de edad osciló entre 12 y 86 años, con una edad media de 50 años.

En un caso no se disponía de información sobre el país de origen, el 83,5% eran españoles y el resto extranjeros.

El 97,4% de los casos se clasificaron como confirmados y el 2,6% como sospechosos/probables. En el 3,5% de los casos se realizó diagnóstico microbiológico y en el 96,5% el diagnóstico se realizó mediante pruebas serológicas, presentando Ig anti-VHC positivo el 87,8% de los casos.

En cuanto a los factores de riesgo, el 6,1% eran o habían sido C.D.V.P., el 4,3% estaban asociados a transmisión sexual, un 2,6% referían haber sufrido accidentes biológicos y en un 8,8% se recogían otros factores de riesgo.

Conclusiones

En el período 2002-2006 se ha producido un ligero aumento en la incidencia de otras hepatitis víricas en la Comunidad de Madrid, y la incidencia de hepatitis C ha seguido una tendencia paralela a esta. La proporción de hepatitis C respecto al total de otras hepatitis víricas se ha mantenido más o menos constante en el 90% a lo largo del periodo. La confirmación diagnóstica de hepatitis C en 2006 se ha conseguido en más del 97% de los casos.

La mayoría de los casos sospechosos/probables se han clasificado como “sin especificar” en el tipo de hepatitis, este dato, unido a la dificultad que existe en plantear unas definiciones adecuadas desde el punto de vista epidemiológico para estas enfermedades y a la escasa información que tenemos sobre los factores de riesgo en nuestros casos, nos lleva a plantearnos la necesidad de revisar el protocolo de notificación de estas enfermedades. En el caso de la Hepatitis C esta revisión se hará en el marco del Plan de Actuaciones en Hepatitis C

de la Comunidad de Madrid, que está coordinado desde la Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Gráfico 1.- OTRAS HEPATITIS VÍRICAS Y HEPATITIS C. Evolución temporal de la incidencia 2002-2006. Comunidad de Madrid.

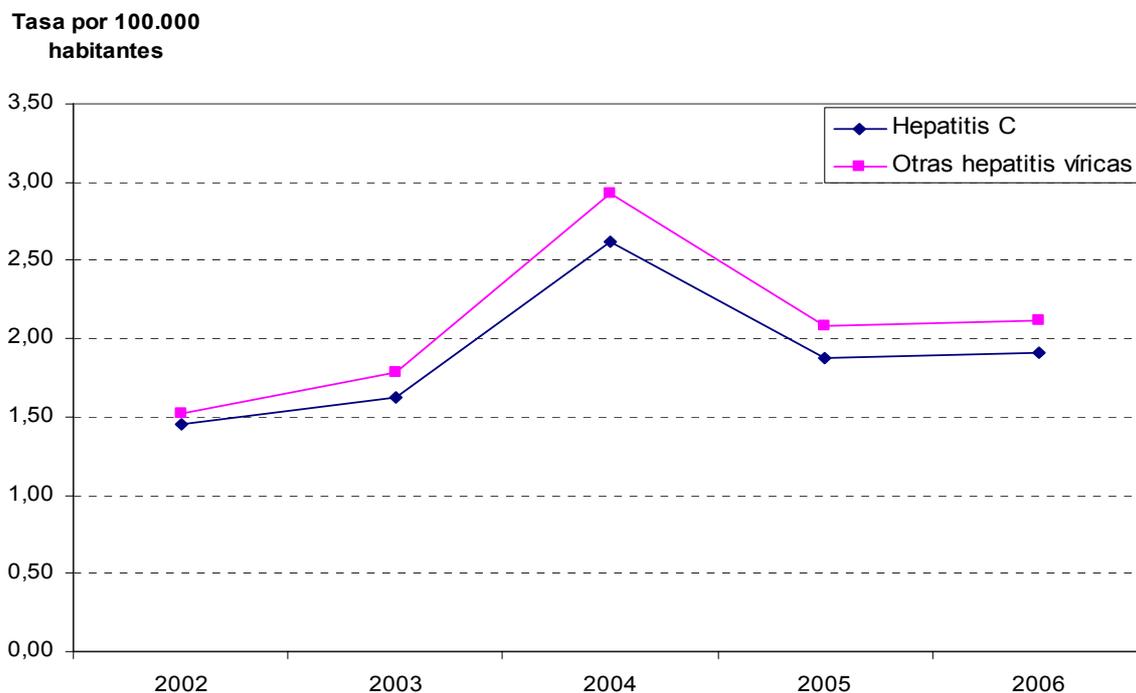
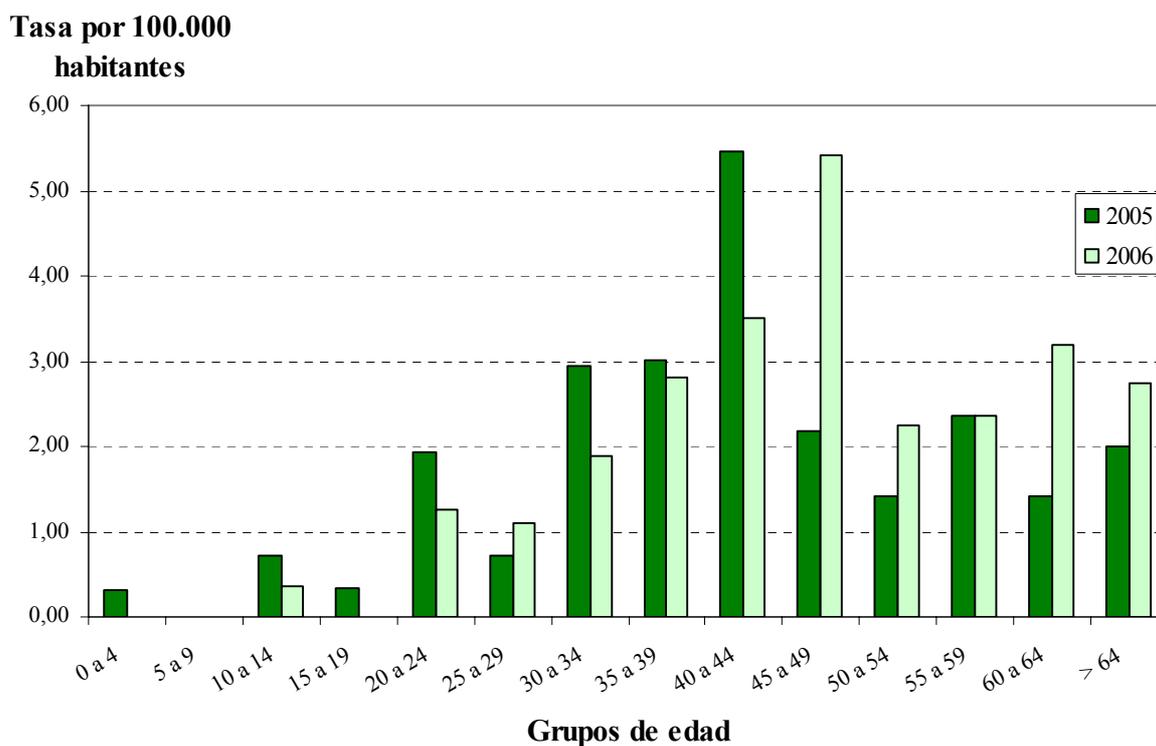
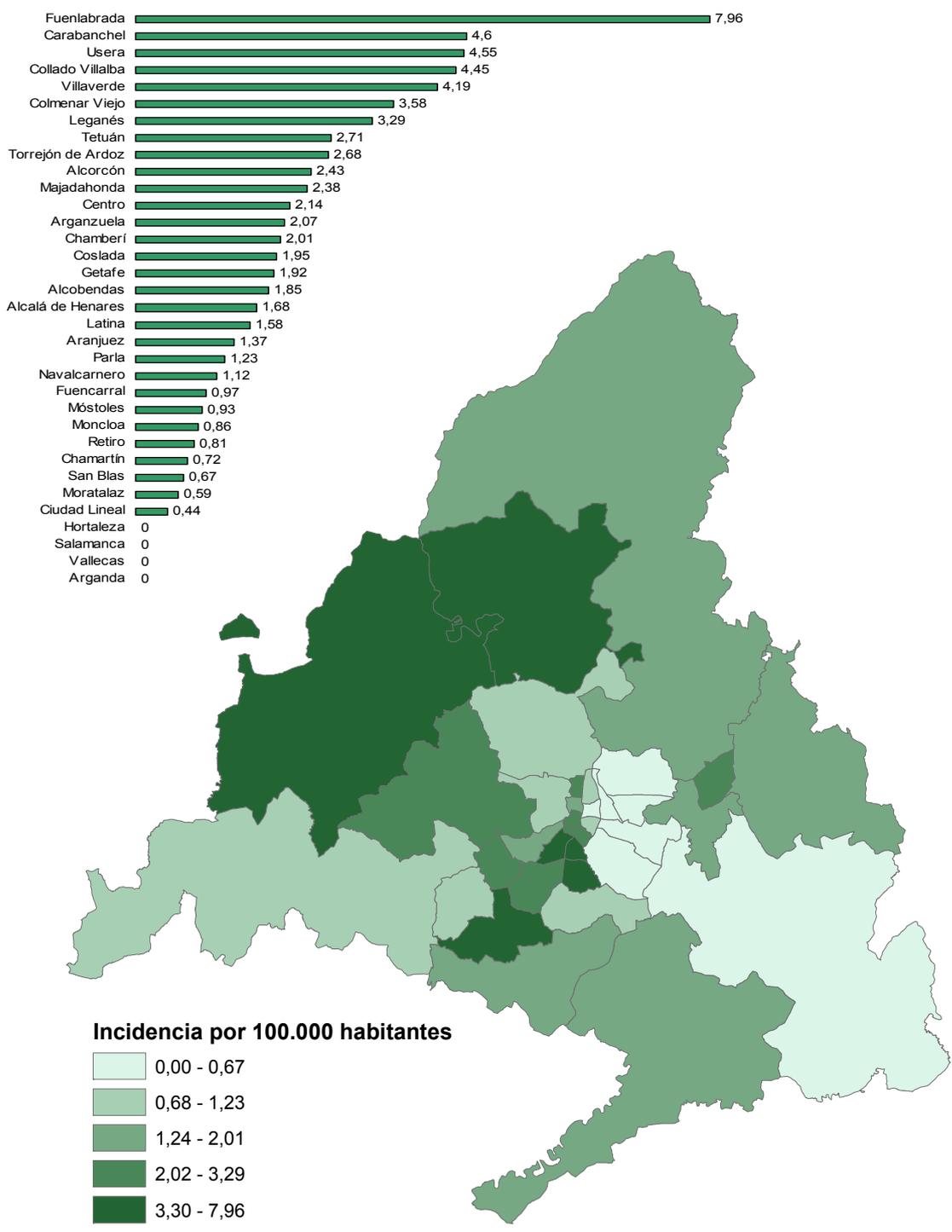


Gráfico 2.- OTRAS HEPATITIS VÍRICAS. Distribución por grupos de edad. Comunidad de Madrid. Años 2005 y 2006.



Mapa 1.- OTRAS HEPATITIS VÍRICAS. Incidencia de casos notificados por distritos sanitarios. Año 2006. Comunidad de Madrid.



Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid Año 2007, semanas 36 a 39 (del 2 al 29 de septiembre 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.										
Inf que causan meningitis																								
Enf. meningocócica	0	10	0	8	0	5	0	9	0	8	0	5	0	5	0	3	1	6	0	3	0	9	1	71
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	1	2	0	5	2	10	0	0	2	3	5	37
Meningitis víricas	0	5	1	7	0	21	0	6	1	12	0	19	2	10	2	19	2	17	0	1	2	21	10	139
Enf. neumocócica invasora	0	13	4	23	1	18	10	58	1	11	1	29	2	13	0	23	0	13	1	11	2	58	23	275
Hepatitis víricas																								
Hepatitis A	0	8	1	8	0	6	2	5	0	8	2	18	2	6	3	8	2	3	1	8	1	17	14	96
Hepatitis B	0	3	1	14	1	2	0	6	1	13	2	13	3	27	0	17	1	2	0	6	4	42	13	146
Hepatitis víricas, otras	0	4	0	5	1	1	0	0	0	10	1	8	3	22	0	9	0	14	0	3	0	21	5	98
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	0	4	0	0	1	3	0	3	0	0	0	2	0	0	1	2	2	15
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	0	2	0	1	0	1	0	2	0	1	1	2	0	2	0	0	0	1	0	2	1	15
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	19	5045	6	4517	7	4011	10	4912	41	6794	19	6755	53	7107	8	4809	6	3664	0	2043	23	8254	192	57938
Legionelosis	2	4	0	0	0	5	1	3	0	0	0	7	0	5	0	1	0	1	0	1	0	2	3	29
Varicela	31	2116	14	1530	7	1103	19	1032	37	2124	42	2443	21	1199	14	1198	22	1821	9	614	22	2502	238	17689
Enf transmisión sexual																								
Infección Gonocócica	0	4	1	5	1	2	0	5	2	23	4	18	2	33	0	1	0	11	2	5	2	24	14	132
Sífilis	0	3	0	14	1	2	2	8	3	23	1	12	5	49	2	6	1	20	0	8	6	46	21	195
Antropozoonosis																								
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	2	1	9
Leishmaniasis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	2	12
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	0	0
Parotiditis	2	47	2	174	8	87	4	176	15	241	15	337	17	179	3	77	3	104		34	9	130	78	1597
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	7
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tos ferina	0	2	0	4	4	40	0	1	1	3	1	36	1	5	0	4	0	2	1	4	0	19	8	120
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	1	3	0	10	0	7	0	5	0	4	1	5	2	6	1	25	0	5	5	17	10	90
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*	13	99	5	39	5	54	3	50	5	55	0	28	8	88	7	56	6	67	3	41	13	145	68	749
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf notificad sist especiales																								
E.E.T. H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	5
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	1
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
Poblaciones0**	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	70,67%	72,34%	100,00%	73,06%	102,21%	100,00%	83,17%	63,91%	64,57%	13,80%	60,18%	76,02%												

* 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 Area 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 36 a 39 (del 2 al 29 de septiembre 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.

Brotes de origen alimentario. Año 2007. Semanas 36-39

Área	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
1	Rivas-Vaciamadrid	Catering/Escuela Infantil	46	19	Puré verduras y pavo	Aditivo*
1	Madrid (Vallecas)	Bar	5	5	Bocadillos	Desconocido
6	Colmenarejo	Familiar	6	6	Mayonesa casera	<i>S. enteritidis</i>
8	Alcorcón	Familiar	6	3	Desconocido	<i>Salmonella sp</i>
8	San Martín de Valdeiglesias	Familiar	3	3	Mayonesa casera	<i>Slamonella sp</i>
11	Madrid (Usera)	Familiar	5	5	Mayonesa casera	<i>Salmonella sp</i>

*Agente causal no confirmado por laboratorio. Exp = Expuestos; Enf = Enfermos

Brotes de origen no alimentario. Año 2007. Semanas 36-39

Área	Tipo de brote	Localización	Ámbito	Exp.	Enf.	Agente causal
3	Hepatitis vírica	Torrejón de Ardoz	Familiar	3	3	VHA
5	GEA	Torrelaguna	Colegio	443	31	Desconocido
5	Parotiditis	Madrid (Fuencarral)	Laboral	30	4	V. parotiditis*
6	Parotiditis	Pozuelo de Alarcón	Colegio	30	30	V. parotiditis

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

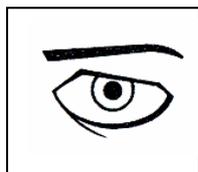
Los brotes de origen alimentario ocurridos entre las semanas epidemiológicas 36 y 39 de 2007 han sido 6, la mayoría de ellos (4 brotes) en domicilios particulares. Todos estos brotes de ámbito familiar han sido producidos por *Salmonella* y han motivado los 4 ingresos hospitalarios conocidos correspondientes a este periodo. También ha ocurrido un brote relacionado con el consumo de un alimento elaborado en las cocinas centrales de una empresa de catering (Área 1) y distribuido en un número amplio de centros escolares. El cuadro clínico, consistente en eritema facial de corta duración sin otros síntomas asociados, apareció en 19 niños menores de 15 meses pertenecientes a dos guarderías ubicadas en dos municipios distintos de la Comunidad de Madrid. Aunque no se ha podido confirmar analíticamente el agente causante, los datos epidemiológicos y clínicos podrían corresponder a una reacción histamínica producida por un exceso de niacina u otro aditivo presente en alguno de los ingredientes con los que se elaboró el puré sospechoso.

Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.
Año 2007. Semanas 36-39 y datos acumulados hasta la semana 39

Brotes de origen alimentario	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 36-39	Acum.	Sem 36-39	Acum.
Familiar	4	24	17	100
Bares, restaurantes y similares	1	20	5	397
Centros escolares y similares	1	8	19	354
Residencias de Personas Mayores	0	2	0	47
Otras Residencias	0	2	0	43
Instituciones penitenciarias	0	1	0	39
Otros lugares	0	1	0	3
Total	6	58	41	983
Brotes de origen no alimentario	Sem 36-39	Acum.	Sem 36-39	Acum.
Parotiditis	2	26	34	500
Gastroenteritis aguda	1	17	31	478
Tos ferina	0	8	0	41
Escabiosis	0	5	0	58
Hepatitis A	1	4	3	20
Neumonía	0	2	0	27
Conjuntivitis	0	1	0	43
Dermatofitosis	0	1	0	3
Rubéola	0	1	0	2
Molusco contagioso	0	1	0	7
Total	4	66	68	1179
TOTAL DE BROTES NOTIFICADOS	10	124	109	2162

En el periodo acumulado hasta la semana 39 se han producido un total de 58 brotes de origen alimentario. Los colectivos más frecuentes han sido los familiares (24 brotes, 100 casos asociados y 24 ingresos) y los relacionados con establecimientos de restauración (20 brotes, 397 casos y 7 ingresos), aunque los brotes en centros educativos tienen también relevancia debido al gran número de enfermos que producen, 354 hasta la semana 39, la mayoría de ellos niños. De momento, la confirmación del agente causal está próxima al 50% (28 de 58 brotes). *Salmonella* es el microorganismo más frecuente (22 brotes, 20 de ellos con confirmación de laboratorio).

Entre las semanas 36 y 39 también se han notificado 4 brotes de origen no alimentario, un brote escolar de gastroenteritis aguda sin mecanismo de transmisión definido, un brote de parotiditis en 4 trabajadores de una empresa de marketing y otro en un colegio y un brote familiar de hepatitis A que afectó a dos niños de 4 y 10 años de edad. Hasta la semana 39 de 2007 los brotes no alimentarios notificados más frecuentemente han sido los de parotiditis (26 de 66 brotes) seguidos de los de gastroenteritis aguda (17 brotes) y los de tos ferina (8 brotes). La confirmación microbiológica del agente causal es del 100% (4 brotes) en los brotes de hepatitis A, 59% en los brotes de gastroenteritis aguda (10 de 17 brotes), 57,7% en los brotes de parotiditis (15 de 26 brotes) y 37,5% en los brotes de tos ferina (3 de 8 brotes). Las patologías que han motivado ingresos hospitalarios han sido gastroenteritis aguda (8 hospitalizaciones, casi todas en ancianos y niños), neumonía por micoplasma (3 ingresos, también en niños) y hepatitis A (2 ingresos correspondientes a un niño y un adulto joven).



RED DE MÉDICOS CENTINELA

Período analizado: Año 2007, semanas 36 a 39
(Del 2 al 29 de septiembre 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 30 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.

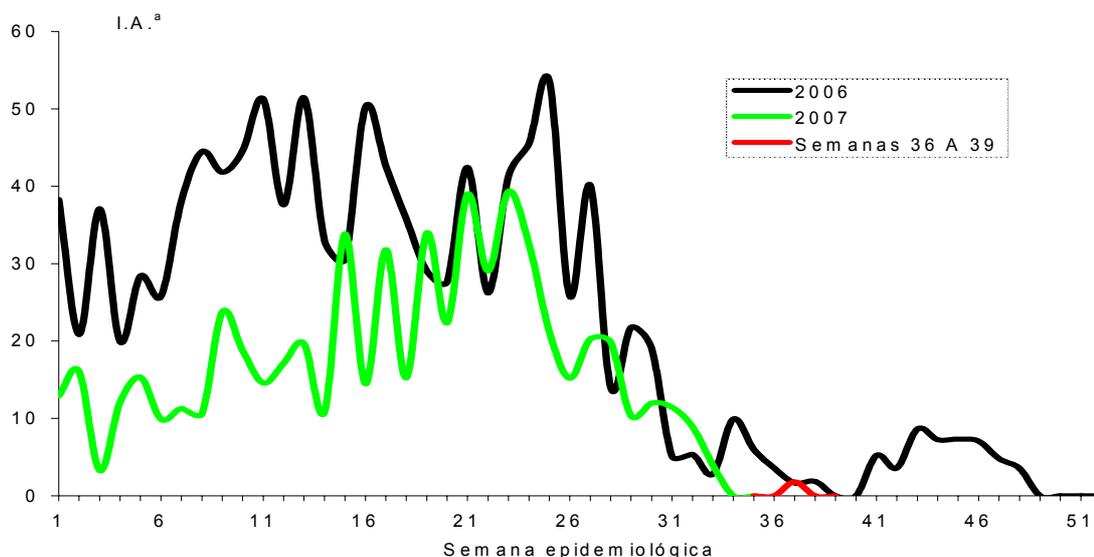
La incidencia acumulada durante las semanas estudiadas se obtiene con el número de casos de cada proceso y la población vigilada por los médicos notificadores, teniendo en cuenta la cobertura de la notificación durante el período estudiado. Se calculan los intervalos de confianza al 95 % para las incidencias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

La cobertura alcanzada durante el periodo estudiado ha sido del 52,5%.

VARICELA

Durante las semanas 36 a 39 del año 2007 ha sido declarado 1 caso de varicela a través de la Red de Médicos Centinela; la incidencia acumulada ha sido de 28,2 casos por 100.000 personas (IC 95%: 13,9 – 42,5). En el Gráfico 1 se presenta la incidencia semanal de varicela durante el período estudiado y los años 2006 y 2007.

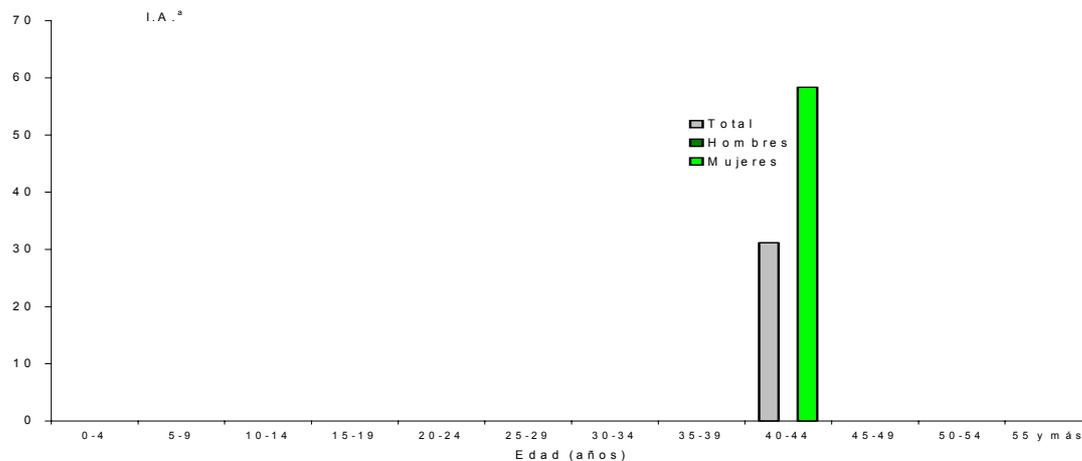
GRÁFICO 1. Incidencia semanal de varicela. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Años 2005, 2006 y 2007.



^a Incidencia acumulada por 100.000 habitantes.

El caso notificado es una mujer de 43 años de edad y se desconoce la fuente y el lugar de exposición. No se registró ninguna complicación.

GRÁFICO 2. Incidencia de varicela por grupos de edad. Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 36 a 39 de 2007.

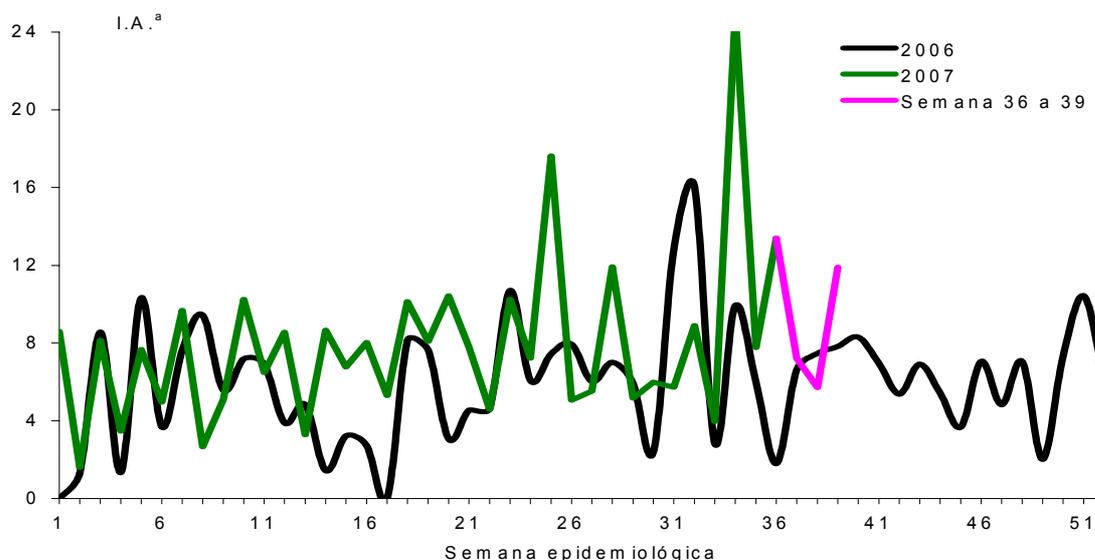


^a Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

HERPES ZÓSTER

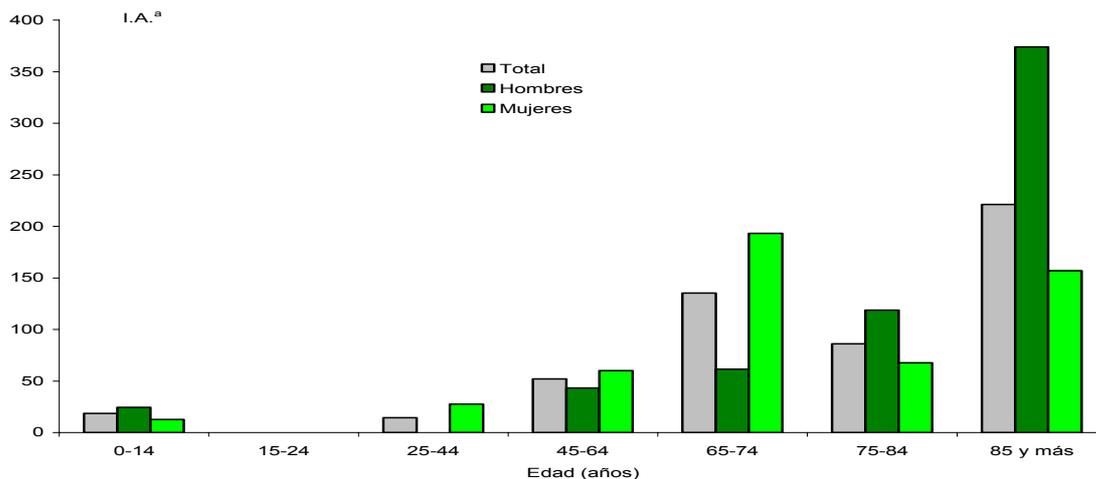
A través de la Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid se han notificado 20 casos de herpes zoster durante las semanas epidemiológicas 36 a 39, lo que representa una incidencia acumulada de 35,4 por 100.000 habitantes (IC 95 %: 18,2 – 49,5). El Gráfico 3 muestra la incidencia semanal de herpes zoster en Madrid durante los años 2006 y 2007. El 60 % de los casos se dio en mujeres y el 40 % en hombres. El 73,7 % de los casos se dio en personas mayores de 45 años, en un caso se desconoce la edad. 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 36 a 39 de 2007.



ª Incidencia acumulada por grupo de edad por 100.000 habitantes.

CRISIS ASMÁTICAS

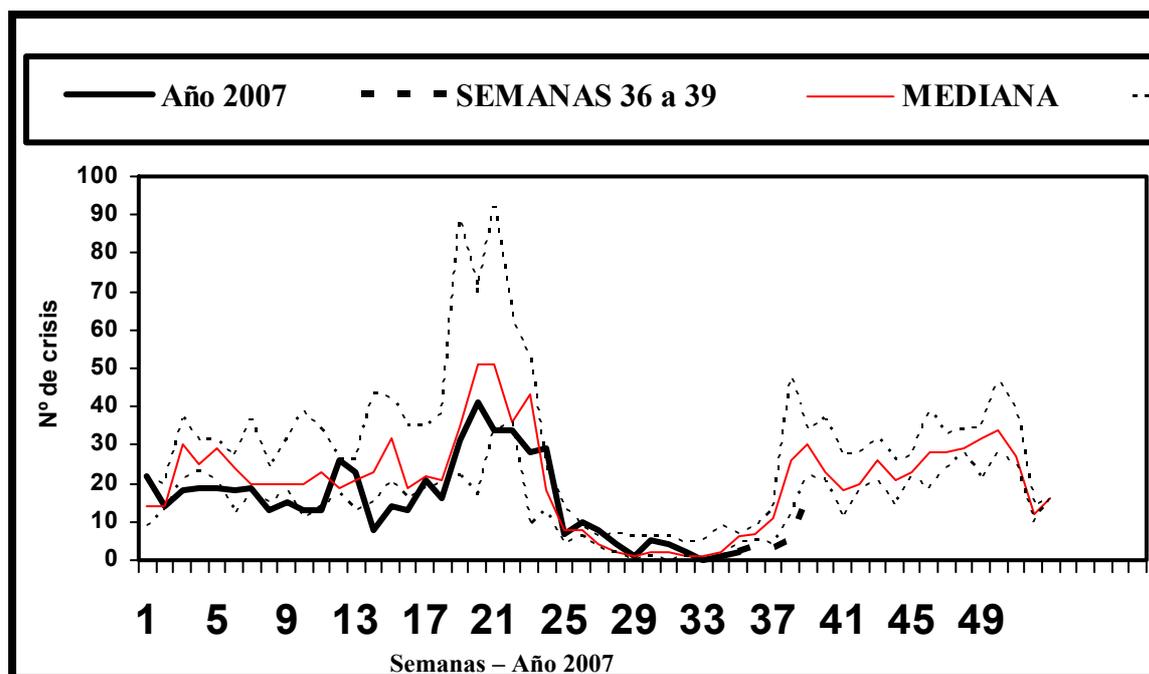


TABLA 1.
Casos notificados por la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Semanas 36 a 39 de 2007.

	Semanas 36 a 39	Año 2007
Gripeª	--	383
Varicela	1	375
Herpes zoster	20	166
Crisis asmáticas	26	562

ª Desde la semana 40 de 2006 hasta la 20 de 2007.



RESUMEN CUATRIMESTRAL DE TUBERCULOSIS, LEGIONELOSIS, ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA y ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

Semanas 18 a 35 (desde el 29 de abril al 1 de septiembre de 2007)

En esta sección aparecerá periódicamente información de distintas enfermedades y sistemas de vigilancia seleccionados por su interés. Los informes anuales se publicarán una vez concluido el año natural.

TUBERCULOSIS

En este informe se presentan los datos provisionales del año 2007, de la semana 18 a la 35, recogidos en el Registro Regional de Casos de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

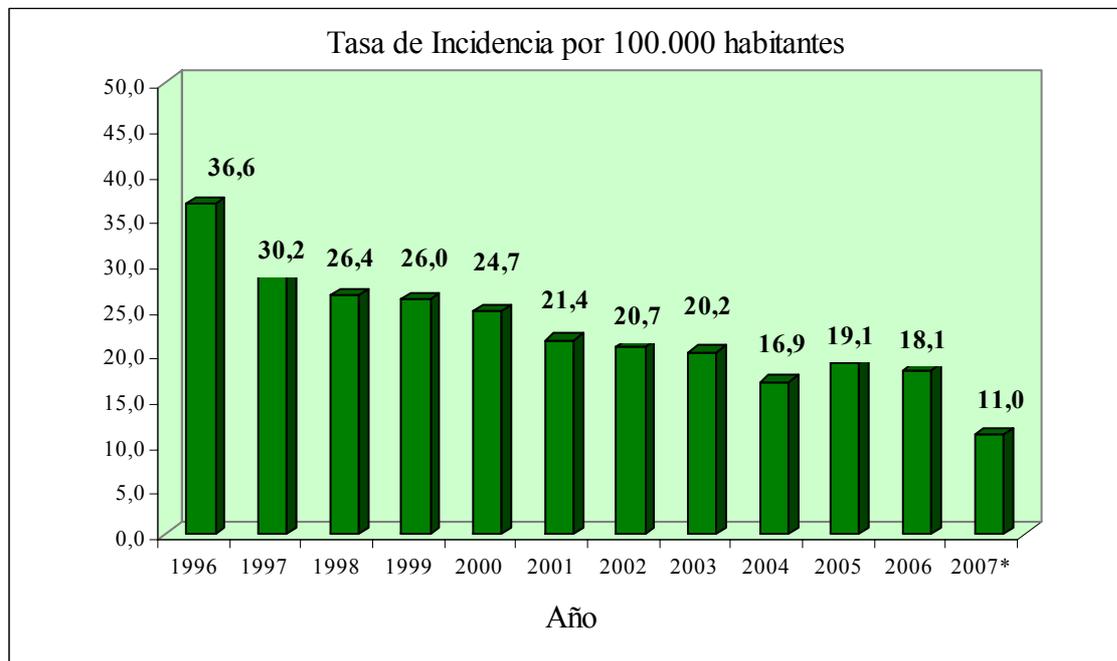
Se incorporan en el Registro como caso de tuberculosis: al paciente con baciloscopia positiva al que se le indica tratamiento antituberculoso y / o cultivo positivo a *Mycobacterium tuberculosis*; o al paciente con tratamiento antituberculoso durante más de tres meses, o menos si se le retira el mismo por efectos secundarios o fallece.

Las fuentes de información del Registro son: los profesionales de atención primaria y especialistas, mediante la notificación a las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), los laboratorios de microbiología que realizan baciloscopia y/o cultivo y/o tipado de micobacterias, los servicios de Anatomía Patológica, el Registro de Casos de SIDA de la Comunidad de Madrid, el sistema de información correspondiente al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y otras fuentes (servicios de admisión hospitalaria, servicios de farmacia hospitalaria y de atención primaria, Instituciones Penitenciarias, funeraria...etc).

La recogida de la información se realiza de forma combinada mediante la búsqueda activa/recogida pasiva de los datos en las fuentes mencionadas. El cierre de la información para cada año, se realiza a 30 de junio del año siguiente, con objeto de incluir información sobre el seguimiento del tratamiento.

El último informe publicado a nivel Regional con información consolidada corresponde al Informe del registro de casos de tuberculosis del año 2005 que aparece en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de junio 2007; 6(13).

Gráfico 1. Evolución de la incidencia anual de tuberculosis. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid. Periodo 1996 – Segundo trimestre 2007*.



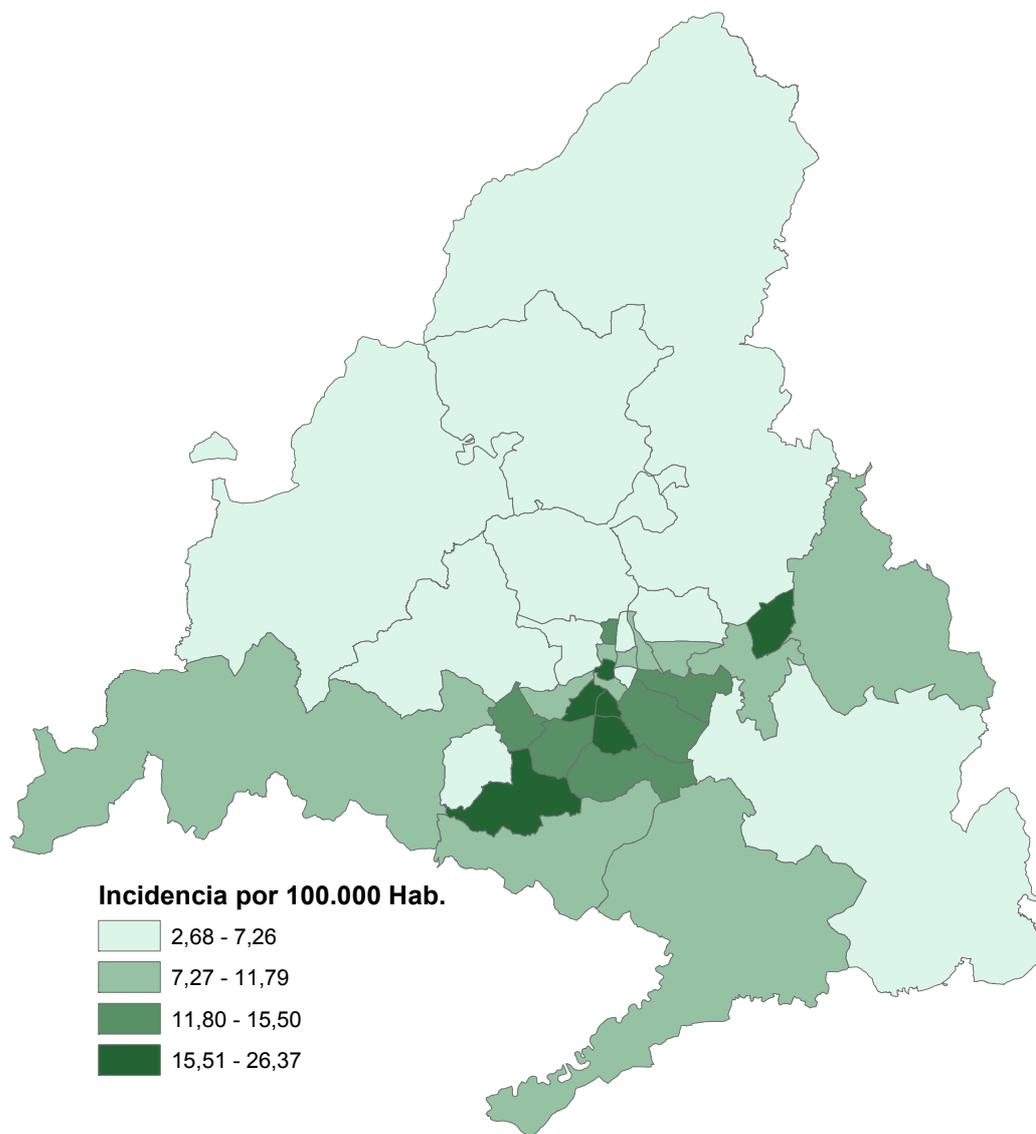
*Datos provisionales (semanas 1 a 35 de 2007)

Tabla 1. Número de casos de tuberculosis detectados hasta el segundo trimestre de 2007 (semanas 1-35), localización pulmonar, según sexo y grupo de edad. Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.

	N	%	Tasa de incidencia por 100.000 hab.
Casos detectados	663	100	11,03
Casos detectados de localización pulmonar	499	75,3	8,31
Sexo:			
Hombres	377	56,9	12,96
Mujeres	286	43,1	9,23
Grupos de edad:			
0-14 años	52	7,8	5,84
15-24 años	79	11,9	11,41
25-44 años	296	44,6	13,77
45-64 años	116	17,5	8,25
>64 años	120	18,1	13,82

Datos provisionales. Casos de tuberculosis con domicilio en la Comunidad de Madrid, salvo residentes en prisiones.

Mapa 1. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes según distrito de residencia año 2007 (semanas 1-35). Registro de Tuberculosis de la Comunidad de Madrid.



*Excluidos aquellos casos que en el momento del inicio del tratamiento su domicilio de residencia eran Instituciones penitenciarias o albergues.

LEGIONELOSIS

La legionelosis es una enfermedad de notificación obligatoria en la Comunidad de Madrid desde enero de 1997 (Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales).

En el periodo comprendido entre las semanas 18 y 35 del año 2007 se han notificado 18 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 0,30 casos por 100.000 habitantes y 2 casos menos que en el mismo periodo del año 2006. En el gráfico 1 se presenta el canal epidémico de casos de legionelosis notificados de 2002 a segundo cuatrimestre de 2007 por semana epidemiológica.

Según género, 12 casos (66,7%) eran varones. La media de edad fue de 55 años con un rango que osciló entre 34 y 75 años.

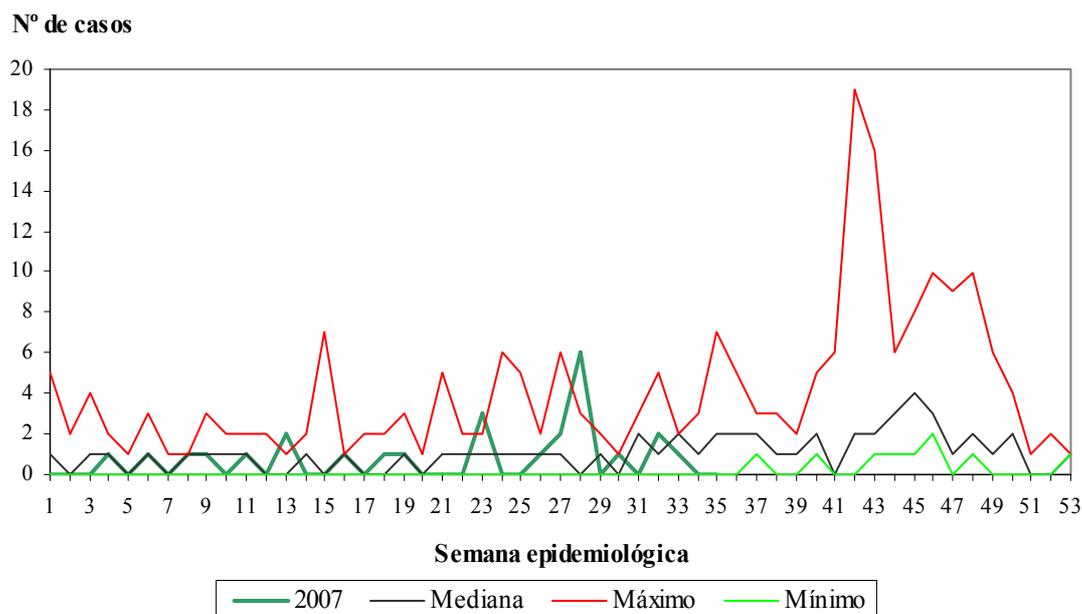
En relación con los factores predisponentes se observa que el 44,4% eran fumadores, el 22,2% padecían diabetes mellitus, el 11,1% estaban en tratamiento con corticoides, un caso era receptor de transplante, un caso presentaba nefropatía y otro caso EPOC.

No se notificó ningún caso con residencia en las áreas 2 y 5. En el mapa 1 se presenta la distribución de los casos de legionela por distrito sanitario: se notificaron casos en 13 de los 34 distritos sanitarios; los distritos con más casos fueron Collado Villalba con 4 casos, Moncloa con 2 y Latina con 2. No se observó agrupación espacial alguna en este periodo.

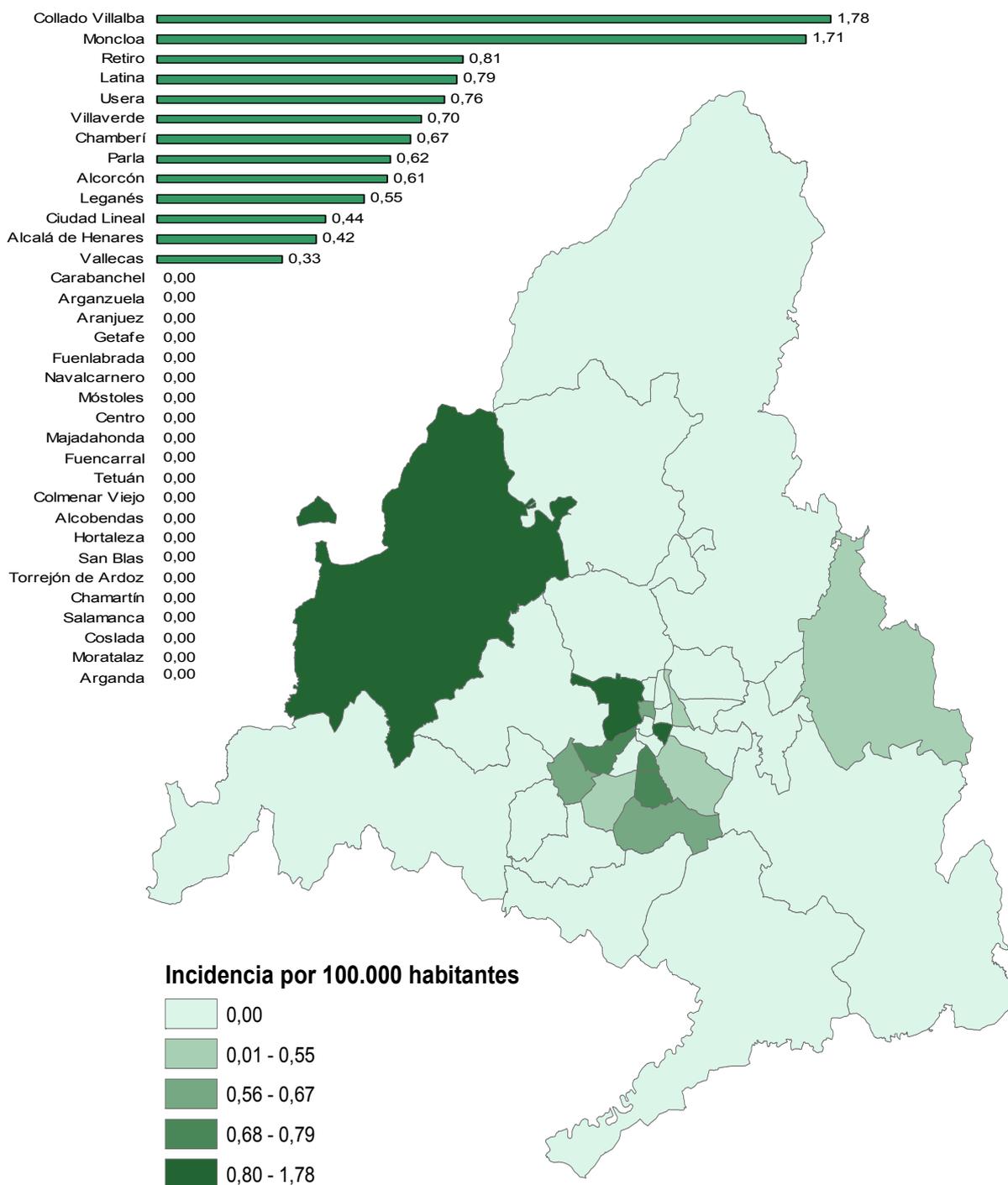
El 22,2% (4 casos) se clasificaron como asociados a viaje y el resto como comunitarios.

Todos los casos fueron clasificados como confirmados por la demostración de antígeno *L. pneumophila* SG1 en orina.

Gráfico 1.- LEGIONELOSIS. Canal epidémico de casos de legionelosis. Años 2002-2007 (semanas 1-35). Comunidad de Madrid.



Mapa 1.- LEGIONELOSIS. Tasas de Incidencia por distritos sanitarios, por 100.000 habitantes. Semanas 18-35 de 2007. Comunidad de Madrid.



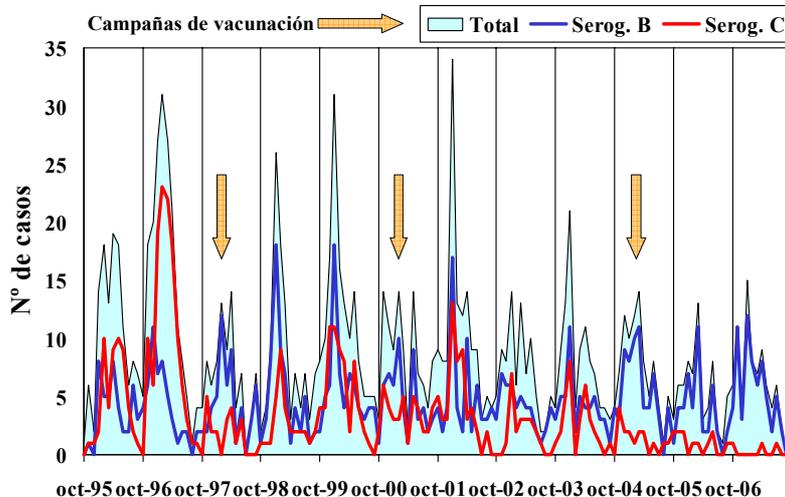
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

La enfermedad meningocócica es una de las enfermedades infecciosas que en la actualidad, aún en los países desarrollados, pueden ocasionar la muerte de sujetos sanos. Debido a ello y a que afecta fundamentalmente a niños, presenta una gran importancia sanitaria y social.

La enfermedad meningocócica es de declaración obligatoria y urgente en la Comunidad de Madrid, estando incluida en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). El patrón de presentación de la enfermedad muestra una distribución estacional, por lo que a efectos de vigilancia la temporada epidemiológica comienza en la semana 41 de un año (primeros de octubre) y finaliza en la semana 40 del año siguiente (finales de septiembre).

En este informe se presentan los datos de la temporada actual (temporada 2006-07) y de la temporada anterior (temporada 2005-06), en el período comprendido entre la semana 41 de un año y la semana 35 del siguiente año.

Evolución de la enfermedad meningocócica confirmada
Temporadas 1995-96/2006-07



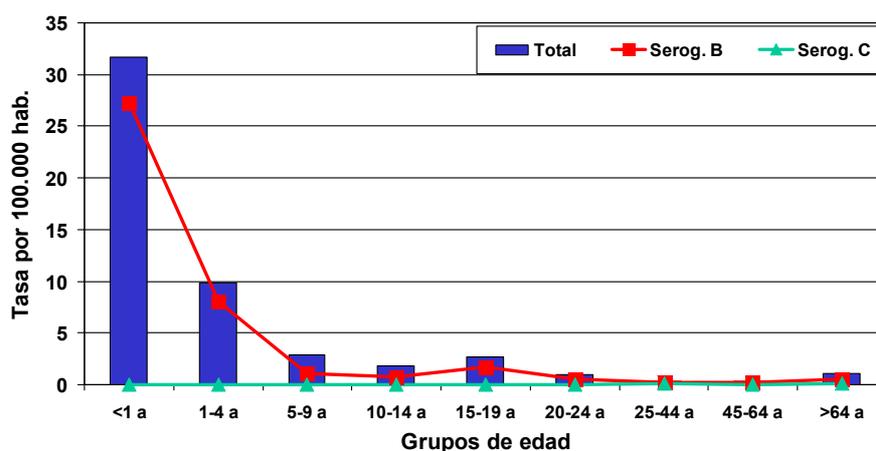
Datos actualizados a enero de 2008

**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADAS 2005-06 Y 2006-07
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 35**

SEROGRUPO	Temporada 2005-06				Temporada 2006-07			
	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)	Casos	Tasas*	Fallecidos	Letalidad (%)
Serogrupo B	42	0,70	6	14,3	65	1,08	8	12,3
Serogrupo C	11	0,18	3	27,3	3	0,05	0	0,0
Serogrupo Y	2	0,03	0	0,0	1	0,02	0	0,0
Sin serogrupar	6	0,10	0	0,0	7	0,12	0	0,0
Total confirmados	61	1,02	9	14,8	76	1,26	8	10,5
Sospechas clínicas	23	0,39	0	0,0	18	0,30	1	5,6
TOTAL	84	1,41	9	10,7	94	1,56	9	9,6

* Tasas por 100.000 habitantes (Población: Padrón continuo años 2005 y 2006)

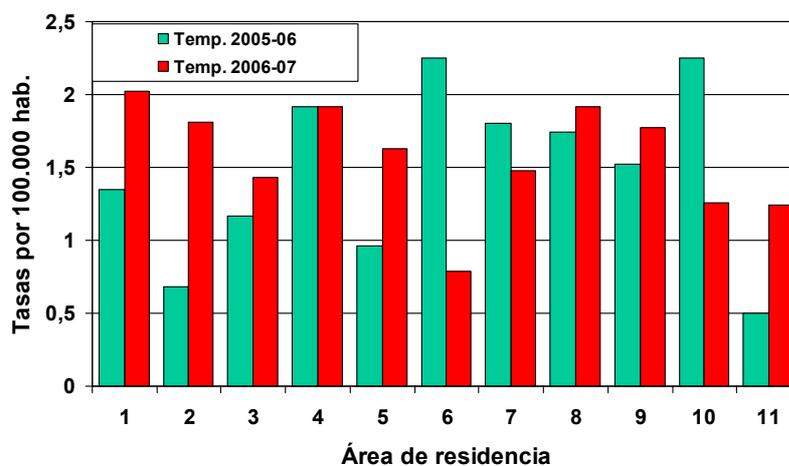
Enfermedad meningocócica por grupos de edad
Temporada 2006-2007 (semanas 41-35)



**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR ÁREA DE RESIDENCIA
COMUNIDAD DE MADRID, TEMPORADA 2006-07.
DATOS ACUMULADOS DESDE LA SEMANA 41 A LA SEMANA 35**

ÁREA	Serog. B	Serog. C	Otros serogrupos	Sin Serogrupar	Total confirmados	Sospechas clínicas	TOTAL
1	10	1	0	0	11	4	15
2	7	0	0	0	7	1	8
3	5	0	0	0	5	0	5
4	5	1	0	2	8	3	11
5	10	0	0	0	10	2	12
6	4	0	0	1	5	0	5
7	6	1	0	0	7	1	8
8	5	0	0	0	5	4	9
9	6	0	0	1	7	0	7
10	4	0	0	0	4	0	4
11	3	0	1	3	7	3	10
TOTAL	65	3	1	7	76	18	94

Enfermedad meningocócica por Área de residencia
Temporadas 2005-06 y 2006-07 (semanas 41-35)



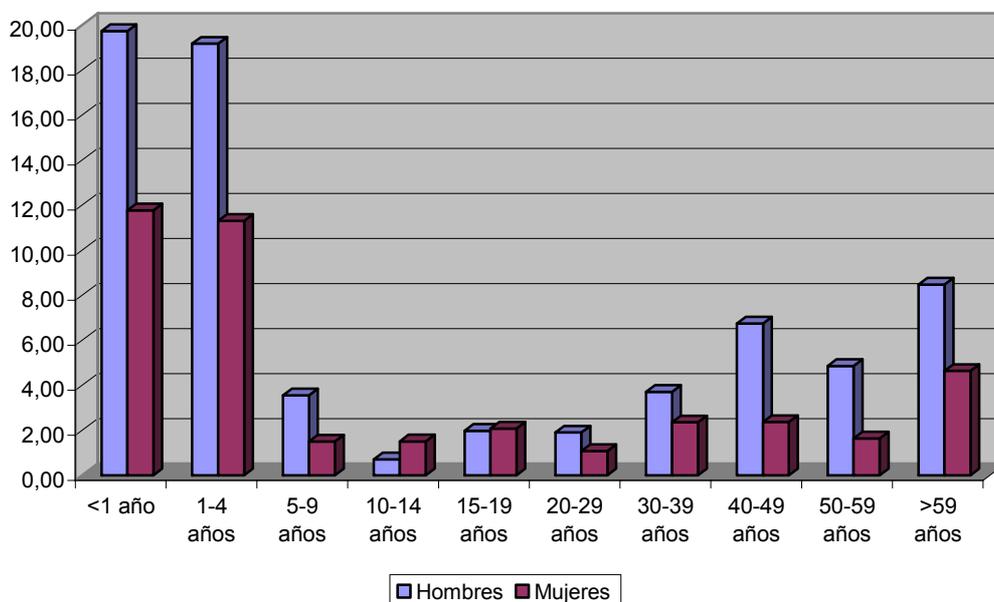
ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

La Enfermedad Neumocócica Invasora (ENI) se ha incluido en el año 2007 en el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como de declaración semanal con datos epidemiológicos básicos.

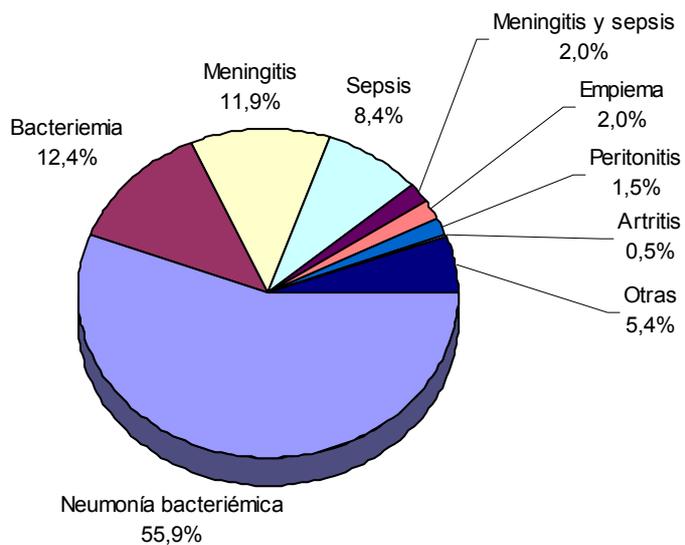
Se considera enfermedad invasora aquella producida por diseminación hematógena del patógeno, ocasionando diferentes síndromes clínicos: meningitis, sepsis, bacteriemia, neumonía, artritis, peritonitis, osteomielitis, endocarditis, etc. Se vigilan los casos en los que se identifica *S. pneumoniae* en sitios normalmente estériles (sangre, LCR, líquido pleural, líquido articular, líquido peritoneal, líquido pericárdico...), bien mediante presencia de antígeno (caso probable) o bien aislamiento de la bacteria o detección de ADN (caso confirmado).

Entre las semanas 1 y 35 del año 2007 se notificaron un total de 252 casos, lo que supone una incidencia global de 4,19 por 100.000 habitantes. El 21,0% de los casos fueron menores de 5 años (53 casos). La forma clínica más frecuente fue la neumonía (55,9%). Se dispuso de información sobre el serotipo del neumococo en 208 casos (82,5%). Esta proporción en los menores de 5 años fue del 84,9%. No se registró ningún fallo vacunal de la vacuna conjugada heptavalente.

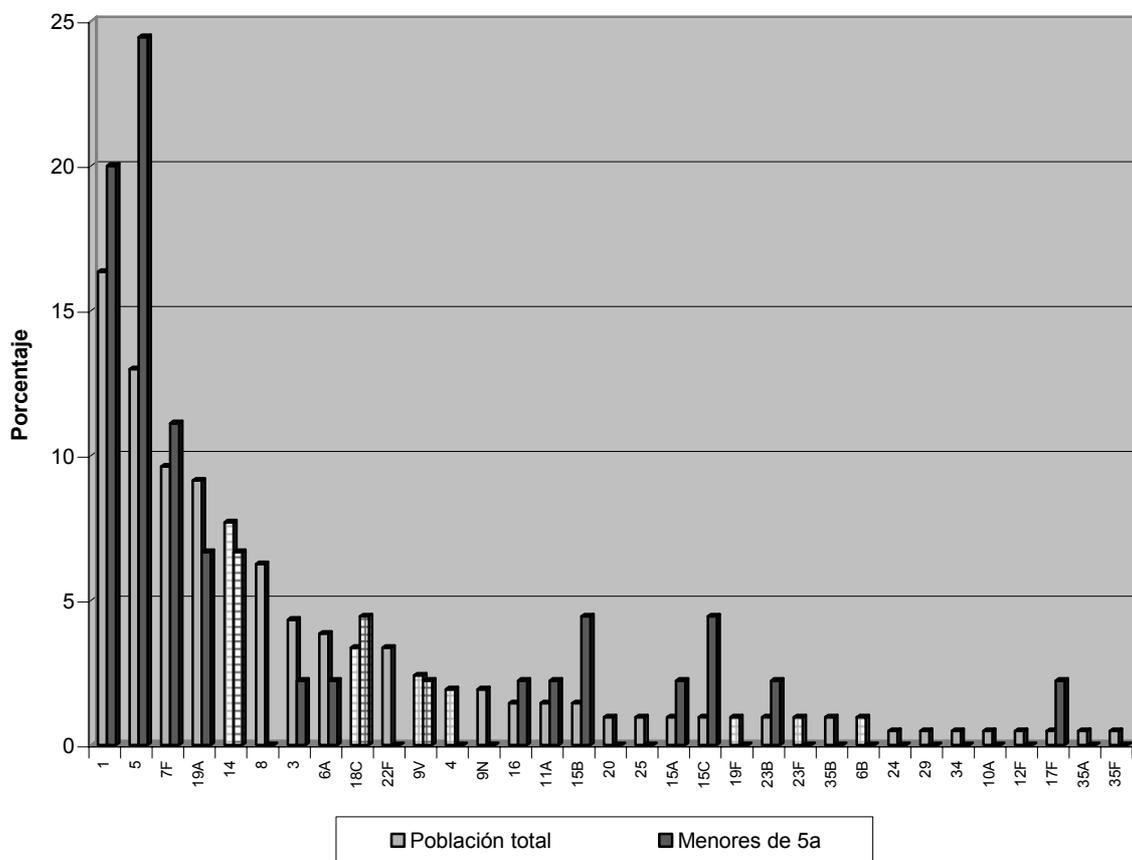
ENI. Tasas por 100.000 habitantes, por grupos de edad y sexo.
Datos acumulados de las semanas 1 a 35.



ENI. Forma de presentación.
Datos acumulados de las semanas 1 a 35.



ENI. Distribución por serotipos*. Datos acumulados de las semanas 1 a 35.



* Se representan con trama los serotipos incluidos en la vacuna conjugada heptavalente

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:

Sanidad -> 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."